

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vzdělávání dítěte s narušeným vývojem řeči v předškolním věku
Education of a child with impaired speech development in pre-school age

Adéla Vondráčková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

2018

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Vzdělávání dítěte s narušeným vývojem řeči v předškolním věku potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4. 4. 2018

Tímto bychom ráda poděkovala vedoucí práce doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, PhD. za veškerou podporu, vstřícný přístup a praktické připomínky k mé bakalářské práci. Dále děkuji svému příteli a rodině.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje problematice vývojové dysfázie u dětí v předškolním věku. Struktura práce obsahuje teoretickou a praktickou část. První kapitola v teoretické části vymezuje narušený vývoj řeči v rámci narušené komunikační schopnosti a pro srovnání je uvedena kapitola shrnující vývoj řeči v normě. Druhá kapitola podrobně charakterizuje vývojovou dysfázi. Její vymezení je rozděleno na terminologické a etiologické hledisko, rozbor symptomů v konkrétních oblastech dětského vývoje, dále součásti procesu diagnostiky a všeobecný model terapie. Zároveň jsou v rámci kapitoly shrnuty možnosti předškolního vzdělávání dítěte s diagnózou vývojové dysfázie v České republice. Praktická část je realizována jako kvalitativní výzkum. Konkrétně je zpracována jako případová studie s komplexním profilem dítěte s vývojovou dysfázií – rodinnou, osobní a školní anamnézou. Cílem výzkumné části je zhodnotit schopnost participace na programu v běžné mateřské škole u konkrétního dítěte zařazeného do běžného kolektivu. Pro sběr dat jsou využity metody rozhovoru, analýzy lékařské dokumentace a přímého pozorování v prostředí mateřské školy. Na základě informací získaných z rozhovoru a z lékařských zpráv jsou během pozorování také identifikovány konkrétní projevy vývojové dysfázie. Vyhodnocení výsledků zdůrazňuje závislost schopnosti samostatného plnění pokynů na konkrétním typu pokynů ze strany pedagoga. Z výsledků pozorování je na závěr vytvořeno srovnání výhod a nevýhod inkluze aplikované na konkrétní případ.

KLÍČOVÁ SLOVA

narušený vývoj řeči, vývojová dysfázie, předškolní věk, integrace, inkluze, narušená komunikační schopnost, běžná mateřská škola, případová studie

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with problematics of preschool age children with diagnosis of developmental dysphasia. This thesis is divided into the theoretical and practical part. The first theoretical chapter defines the impaired speech development in the context of impaired communication ability and compares it with intact speech development. The developmental dysphasia is characterized in detail in the following chapter. Its definition is mentioned in terms of terminology and etiology, followed by the analysis of symptoms in specific areas of child development. There are also included the components of the diagnosis process and a general model of therapy. The chapter furthermore summarizes the educational opportunities of preschool age children with this diagnosis in the Czech Republic. The research part is executed as qualitative, concretely compiled as a case study with complex profile of a particular child – divided into family, personal and school anamnesis. The purpose of the research part is to evaluate the ability of participation on organized daily activities in regular kindergarten applied to a particular child included in a regular collective. The methods of interview, medical documentation analysis and direct observation in the kindergarten environment are used for data collection. Based on information obtained from the interview and medical reports, specific symptoms of developmental dysphasia during the observation are identified. The conclusion of this research emphasizes that the ability to accomplish the instruction without support depends on the type of specific teacher's instruction. In the conclusion, the advantages and disadvantages in this case of educational process of inclusion are also compared.

KEYWORDS

impaired speech development, developmental dysphasia, preschool age, integration, inclusion, impaired communication ability, regular kindergarten, case study

Obsah

1	Úvod	7
2	Narušený vývoj řeči jako kategorie narušené komunikační schopnosti.....	9
2.1	Vývoj řeči v normě.....	10
2.2	Narušený vývoj řeči	13
3	Specificky narušený vývoj řeči	16
3.1	Etiologie a symptomy	19
3.2	Diagnostika a terapie.....	26
3.3	Vzdělávání dětí se specificky narušeným vývojem řeči v předškolním věku .	36
3.3.1	Možnosti vzdělávání dětí se specificky narušeným vývojem řeči.....	37
4	Výzkumné šetření	38
4.1	Cíle výzkumu	38
4.2	Metodologie	38
4.3	Charakteristika výzkumného prostředí a vzorku.....	40
4.3.1	Rodinná a osobní anamnéza	41
4.3.2	Školní anamnéza	43
4.4	Pozorování.....	45
4.4.1	Úseky programu.....	46
4.4.2	Vyhodnocení výsledků pozorování	48
4.5	Závěry šetření a srovnání výhod a nevýhod zařazení dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do běžného vzdělávacího proudu	52
5	Závěr.....	56
6	Literatura	58

1 Úvod

Vývojová dysfázie je v současné době stále více aktuálním tématem v oblasti speciální pedagogiky a školského poradenství. Děti v předškolním věku, u kterých se projevuje narušená komunikační schopnost, stále přibývá. Do popředí pozornosti odborníků na poli medicíny, pedagogiky a zejména speciální pedagogiky – logopedie – se dostává i diagnóza vývojové dysfázie. Po dlouhou dobu nebyla k dispozici ani žádná literatura zabývající se tímto druhem narušeného vývoje řeči. V současnosti je však i z důvodu pokroku v oblasti diagnostických možností dětí s tímto zdravotním postižením takové množství, že je nezbytně nutné zabývat se jejich specifickými potřebami. Znalost konkrétních obtíží v klinickém obrazu vývojové dysfázie je klíčová pro volbu správného přístupu v jednání s těmito dětmi. V tomto případě je speciálně-pedagogická podpora nezbytná k usnadnění jejich celkového vývoje, zařazení do vzdělávacího proudu a nadále i osvojení si potřebných znalostí a dovedností k výběru životní dráhy. Rozhodla jsem se proto věnovat se této problematice se záměrem obohatit své zkušenosti pro další kariéru v oblasti logopedie a poradenství.

Tématem této bakalářské práce je vzdělávání dítěte s vývojovou dysfázií v běžné mateřské škole. Výzkumná část je pojata jako případová studie dítěte s vývojovou dysfázií, které je v rámci posledního předškolního roku zařazeno do běžné třídy mateřské školy v Praze. Cílem výzkumného šetření je na základě identifikace symptomů vývojové dysfázie u konkrétního dítěte posoudit, v jaké míře je schopno podílet se na organizované činnosti v rámci kolektivu běžné třídy. Výsledkem šetření je pak srovnání výhod a nevýhod zařazení konkrétního dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami do běžné třídy mateřské školy.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Východiskem pro teoretickou část byly některé odborné publikace od českých a slovenských autorů věnující se narušené komunikační schopnosti obecně a dále konkrétní díla věnovaná problematice vývojové dysfázie. V této části práce je věnována pozornost nejprve intaktnímu vývoji řeči pro srovnání s narušeným vývojem řeči. Dále je detailně rozpracována problematika specificky narušeného vývoje řeči, respektive vývojové dysfázie. V několika kapitolách je charakterizována etiologie, symptomatologie, proces diagnostiky a obecné terapeutické zásady a postupy. Z důvodu zaměření práce na předškolní věk jsou v jedné

podkapitole shrnuty také možnosti vzdělávání dětí s narušeným vývojem řeči v České republice.

Jako východiska pro vytvoření případové studie v rámci výzkumného šetření jsou zvoleny metody rozhovoru, analýzy lékařské dokumentace a přímého pozorování. Na základě dat získaných z rozhovoru a lékařské dokumentace je vytvořen komplexní profil konkrétního dítěte s vývojovou dysfázií – jeho rodinná, osobní a školní anamnéza. Poznatky z pozorování pak kromě identifikace symptomů hodnotí schopnost participace dítěte na aktivitách v kolektivu intaktních vrstevníků s ohledem na samostatnost či potřebu podpory při plnění pokynů. Závěrem je uvedeno srovnání přínosu, a naopak nevýhod inkluze daného dítěte oproti dosavadnímu vzdělávání ve speciální třídě při běžné mateřské škole.

2 Narušený vývoj řeči jako kategorie narušené komunikační schopnosti

Narušená komunikační schopnost je široká oblast problematiky, která se za poslední století dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti. Narušená komunikační schopnost je Lechtou (2003, s. 17) definována následovně: „*Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“ Ve spojitosti s touto definicí dále rozlišujeme, zda se jedná o vrozenou vadu či získanou poruchu komunikační schopnosti a v jaké míře se narušení projevuje, resp. jeho stupeň. V aktuální logopedické praxi je z hlediska dominantních projevů využívána taktéž Lechtova symptomatická klasifikace. Klasifikace dělí narušení komunikační schopnosti do desíti kategorií:

1. *vývojová nemluvnost,*
2. *získaná orgánová nemluvnost,*
3. *získaná psychogenní nemluvnost,*
4. *narušení zvuku řeči,*
5. *narušení fluence řeči,*
6. *narušení článkování řeči,*
7. *narušení grafické stránky řeči,*
8. *symptomatické poruchy řeči,*
9. *poruchy hlasu,*
10. *kombinované vady a poruchy řeči (Lechta 1990).*

Dle uvedené klasifikace řadíme „narušený vývoj řeči“, kterému se věnuje tato bakalářská práce, do kategorie „vývojová nemluvnost“. Do této oblasti zahrnujeme společně opožděný vývoj řeči a specificky narušený vývoj řeči.

Tato kapitola dále obsahuje shrnutí obecného modelu vývoje řeči u intaktního dítěte. V dalších podkapitolách je definován narušený vývoj řeči a jeho podkategorie specificky narušený vývoj řeči, respektive vývojová dysfázie. Pro účely této práce je druhá podkategorie – opožděný vývoj řeči – zmíněna pouze okrajově. V rámci vymezení vývojové dysfázie je uvedena dosavadní terminologie a typy a stupně narušení. Dále jsou

shrnuty etiologické faktory a detailně rozpracována je stránka symptomatiky. Další části kapitoly se věnují procesu diagnostiky a některým konkrétním metodám využívaným při lékařských vyšetřeních. Součástí je také diferenciální diagnostika cílená na odlišení vývojové dysfázie od jiných druhů postižení. V závěru jsou uvedeny oblasti, na které je nutné zaměřit se v procesu terapie, a některé příklady postupů k jejich rozvoji.

2.1 Vývoj řeči v normě

Ontogeneze řeči je autory odborné literatury (např. Jedlička, Kutálková, Lechta, Neubauer) dělena dle různých hledisek na několik stadií. Každý autor zabývající se členěním vývoje řeči u dítěte však upozorňuje, že fáze, jimiž dítě prochází, jsou velmi obecnými pravidly, která se dají uplatnit pouze s vědomím individuality každého jedince. Je tedy nutné mít na paměti, že každé dítě bude sice procházet všemi vývojovými fázemi, avšak po různě dlouhou dobu a s různými odchylkami od tohoto univerzálního modelu. Dalším všeobecně známým faktem je, že u chlapců velmi často probíhá řečový vývoj pomaleji než u dívek. Tato bakalářská práce ovšem není zacílena na samotný vývoj řeči, proto pro tento účel postačí poměrně stručné shrnutí jednotlivých etap ontogeneze.

Lechta (2003, s. 32-34) člení ontogenezi řeči dle jazykových rovin, které se v daném věkovém období rozvíjejí, na období *pragmatizace, sémantizace, lexemizace, gramatizace a intelektualizace*. Z hlediska rozdělení na přípravná stadia a vlastní vývoj řeči je významné schéma Sováka. Ten odděluje *období křiku, žvatlání a rozumění řeči*, na která navazují *stadia emocionálně-volní, asociačně-reprodukční, stadium logických pojmů* a konečně *intelektualizace řeči* (1971 In Klenková 2005, s. 33).

Obecně lze tedy proces utváření řečových schopností rozdělit na *preverbální období* a *vlastní vývoj řeči*, který u intaktních jedinců začíná přibližně od jednoho roku.

V rámci preverbálního vývoje Bytešníková (2012, s. 16-18), která vychází z výše uvedeného Sovákovy schématu, rozlišuje orientačně tato období:

- a) období novorozeneckého křiku,
- b) období broukání přecházející v období pudového žvatlání,
- c) období napodobujícího žvatlání a
- d) období rozumění řeči.

Jiní autoři, např. Kutálková (2011) řadí k preverbálnímu vývoji také prenatální období.

Od prvního okamžiku narození dítěte lze mluvit o komunikačním prostředku, jímž se stává *křik* – hlasový reflex, kterým se novorozenec projevuje od příchodu na svět a reaguje tím na změnu prostředí při odloučení od matčiny dělohy. V prvních týdnech má křik tvrdý hlasový začátek, je výrazem nelibosti, později signalizuje nutnost uspokojení základních potřeb dítěte (např. hlad). Postupně se začíná měnit jeho rozsah a hlasitost a mezi druhým a třetím měsícem přechází na měkký hlasový začátek, dítě je schopné takto reagovat na libé podněty. V tomto období se hovoří o tzv. přivolávání, kdy si dítě uvědomuje, že křik se stává prostředkem uspokojení akutních potřeb (Bytešníková 2012, s. 17). Později díky procesu zrání orofaciálního komplexu a fonačního ústrojí dochází k hlasové modulaci (melodičnost) a k tzv. *broukání*, kdy dítě při výdechu produkuje různé hrdelní zvuky a pohybem mluidel také nevědomě napodobuje různé jednotlivé hlásky či slabiky.

Období broukání přechází do stadia *pudového žvatlání* – „*babbling*“ (Lechta 2003, s. 32). Kojenci v tomto období objevují své hlasové možnosti a dále rozvíjejí „hru s mluidly“. Opakováním pohybů, které jsou spojeny zejména s příjmem potravy, jsou tvořeny tzv. prefonémy neboli prahlásky (Klenková 2005, s. 35). O vědomém napodobování slyšených zvuků však můžeme hovořit až kolem šestého měsíce věku, kdy se pudové žvatlání přesouvá do stadia *napodobujícího žvatlání*. V tomto období dítě začíná využívat také zrakového a sluchového vnímání. Z tohoto důvodu odborníci považují za první kritický moment, když se u dítěte neprojevuje fyziologická echolálie – termín označující opakování hláskových skupin s cílem napodobit slyšené. Dítě, které v tomto období nenapodobuje či přestává žvatlat, by mělo být vyšetřeno s podezřením na sluchovou vadu (Bytešníková 2012, s. 29). Mezi šestým a devátým měsícem tedy dochází k důležité přípravě na osvojování si prvních slov během vlastního vývoje řeči.

Posledním preverbálním stadiem je období rozumění řeči, které je přibližně vymezeno od desátého do dvanáctého měsíce života, během kterého se postupně mění a vyvíjí práh porozumění (Kutálková 2011, s. 14). Často se opakující situace umožňují dítěti správně reagovat na některá slova, pokyny, gestikulaci a melodické zabarvení řeči. Ve spojení s těmito doprovodnými aspekty si dítě začíná asociovat určitá slova s konkrétními předměty, což lze považovat za počátky tvorby pasivní slovní zásoby.

Koncem prvního roku vývoje jedince přechází preverbální období do vlastního vývoje řeči.

Období vlastního vývoje řeči Bytešníková (2012, s. 39) dělí na následující stadia, kterými opět prochází každé dítě: *emocionálně-volní, egocentrické, asociačně-reprodukční, rozvoje komunikační řeči, logických pojmů a intelektualizace řeči*.

V prvním stadiu se začínají objevovat první slova, přesněji jednoslovné věty, jako např. mama, papa, baba; jedná se tedy o první verbální projev (Klenková 2005, s. 36). K produkci slov je volena různá intonace v závislosti na aktuálních emocích či záměru (Lechta 2003, s. 33) – proto termín *emocionálně-volní*. Převažují podstatná jména a onomatopoeia, tedy zvukomalebná citoslovce. Jelikož dítě komunikuje velmi omezeným počtem slov jako takových, k bližší identifikaci sdělení rovněž slouží stále zachované preverbální způsoby komunikace a neverbální projevy těla.

Během *egocentrického stadia* v období mezi rokem a půl až přibližně do dvou let dochází k nárůstu slovní zásoby. Dítě se snaží co nejvíce opakovat po dospělých a objevuje mluvení jako činnost (Klenková 2005, s. 36). Také nastupuje první období otázek typu „co je to?“, respektive „kdo je to?“ a podobně. Postupně také dítě spojuje jednotlivé výrazy do tzv. dvojslovných vět, přičemž se samozřejmě ještě nejedná o správnou gramatickou strukturu. Řeč má v této fázi hlavně pojmenovací funkci a postupně přechází do *asociačně-reprodukčního stadia*, kdy dítě využívá výrazy pro konkrétní objekty a asociuje je na podobné předměty či situace (Bytešníková 2012, s. 19).

Na přelomu druhého a třetího roku nastupuje *stadium rozvoje komunikační řeči*, kdy už se nejedná pouze o pojmenovávání předmětů, ale řeč je využívána jako prostředek k dosažení vlastních cílů. Dalším navazujícím obdobím je *stadium logických pojmů*, kdy se výrazy konkrétně spjaté s předměty zevšeobecňují. U dítěte se také začíná rozvíjet fonemický sluch a dochází k tvorbě i víceslovných vět (Lechta 2003, s. 33).

S procesem osvojování mluvené řeči je spjato rovněž rozšiřování slovní zásoby. Kutálková (2010, s. 14) v této souvislosti také upozorňuje na období kolem tří let věku dítěte, které považuje za kritické hned z několika důvodů. Jedním z nich je právě riziko vzniku koktavosti na základě rychlého nárůstu slovní zásoby. Dítě, které potřebuje něco sdělit, vybírá z velkého množství nově osvojených slov to pravé a často ve snaze urychlit

vybavování zadržává či komolí hledaný výraz. Na tento vývojový mezník upozorňuje také Lechta (2002 In Bytešniková 2012, s. 16): „*Za těžiště je zde považováno období do třetího až čtvrtého roku, v němž probíhá vývojové tempo nejrychleji.*“

Přibližně ve věku tři a půl let zaznamenáváme druhý věk otázek, typicky „Proč?“ a „Kdy?“. V této vývojové úrovni dochází ke zkvalitnění především v oblasti porozumění obsahu slov a v oblasti tvorby složitějších větných celků. Později kolem čtvrtého roku dochází v rámci *stadia intelektualizace řeči* k úpravě řečového projevu z hlediska gramatiky (Lechta 2003, s. 33). Toto stadium víceméně není během života ukončeno, pokračuje i v dospělosti. V této souvislosti se od čtvrtého roku významně upravuje i formální stránka řeči – výslovnost. U dětí s obtížemi v této oblasti bývá většinou právě v tomto období nejčastěji vyhledána logopedická péče.

Významnou roli hrají okolnosti dětského vývoje. Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 90) zmiňují nezbytné podmínky k správnému vývoji řeči, mezi které řadí tyto: nepoškozená centrální nervová soustava, normální intelekt, normální sluch, vrozená míra nadání pro jazyk a adekvátní sociální prostředí, což zahrnuje stimulaci k řeči. Samostatnou kapitolou v oblasti vývoje řeči jsou děti, které vyrůstají v biligvním prostředí.

Vývoj řeči podobně jako vývoj zrakového vnímání se neodehrává automaticky, je nutné zajistit dítěti dostatečně stimulující prostředí. Pokud se vývoj řeči neodehrává dle norem a jedná se tedy o narušený vývoj řeči, rozpoznáváme opožděný vývoj řeči a specificky narušený vývoj řeči (viz. další kapitoly). Rozlišování vývojových poruch řeči od jiných druhů narušené komunikační schopnosti a stanovení správné diagnózy se věnuje diferenciatní diagnostika.

2.2 Narušený vývoj řeči

Narušený vývoj řeči je obtížně vymežitelný pojem, jelikož jeho definice vznikala v různých časových obdobích rukou autorů z různých oblastí působnosti (nejen logopedie, dále také foniatrie, psychologie či neurologie). Narušený vývoj řeči tvoří samostatnou kapitolu v oblasti narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS).

V literatuře se vyskytuje pod různými zastřešujícími kategoriemi, např. Škodová, Jedlička a kol. (2003) zahrnují tuto oblast pod Poruchy vývoje řeči. Samotný pojem narušený vývoj řeči pak chápou jako systémové narušení jedné nebo více oblastí vývoje řeči. Existuje několik hledisek, dle kterých se narušený vývoj řeči dělí.

Z etiologického hlediska je považován narušený vývoj řeči za dominující nebo sekundární příznak. Pokud se jedná o dominantní příznak, který pokládáme za nozologickou jednotku a který je primárně zapříčiněn mozkovou dysfunkcí, hovoříme o specificky narušeném vývoji řeči, respektive o vývojové dysfázii (Mikulajová a Rafajdusová 1993). Naopak v případě, kdy se narušený vývoj řeči vyskytuje jako symptom jiné poruchy či komplexního postižení, nazýváme ho symptomatickou poruchou řeči.

Z hlediska stupně závažnosti se narušený vývoj řeči projevuje od úplné nemluvnosti, např. v těžkých případech mentálního či tělesného postižení, až po drobné vývojové odchylky od normy.

V případě, že nahlížíme na narušený vývoj řeči z hlediska průběhu vývoje řeči, nejčastěji využívanou a přehlednou je klasifikace Sováka (1978 In Klenková 2006, s. 65), kterou využívají i další autoři (např. Lechta):

- a) opožděný vývoj řeči,
- b) omezený vývoj řeči,
- c) přerušovaný vývoj řeči,
- d) odchýlný (scestný) vývoj řeči.

Z hlediska věku Klenková (2006, s. 65-66) klasifikuje narušený vývoj do tří kategorií:

- a) fyziologická nemluvnost (do 1 roku dítěte),
- b) prodloužená fyziologická nemluvnost (do 3 let),
- c) vývojová (patologická) nemluvnost.

Vývojová nemluvnost, dnes již pojem nahrazovaný termínem narušený vývoj řeči, může mít původ v širokém množství faktorů. Do ontogeneze řeči zasahují různé negativní vnitřní i vnější vlivy a jejich kombinace má za následek různé odchylky. Jedná se tedy o etiologii multifaktoriálního charakteru. Z vnitřních faktorů jsou považovány za významné vrozené předpoklady a nadání pro řeč, genetické zatížení a stav centrální

nervové soustavy a smyslových orgánů po porodu. Z tohoto pohledu je pozornost věnována zejména prenatálnímu, perinatálnímu či postnatálnímu poškození mozku a fyziologii zrakového a sluchového analyzátoru. Vnější faktory pak zahrnují především podnětnost prostředí a vliv výchovy na průběh vývoje řeči.

Jelikož pro tuto práci nemá význam obecně popisovat symptomy a péči o osoby s narušeným vývojem řeči, v dalších podkapitolách je věnována pozornost etiologii, symptomatologii, diagnostice a terapii aplikované konkrétně na specificky narušený vývoj řeči. K opožděnému vývoji řeči se stručně zmiňuje podkapitola Diferenciální diagnostika.

3 Specificky narušený vývoj řeči

V rámci vymezení vývojové dysfázie nacházíme velmi nejednotnou terminologii. Pro tuto poruchu byla využívána různá označení, např. dětská nemluvnost, alalie, sluchoněmota, afémie, vývojová afázie a mnoho dalších. Samotný pojem dysfázie pochází z latinského dys- (rozpor, narušení funkce) a femi (vypravují).

Zajímavé pojetí pojmu vyjadřuje Kutálková (2002, s. 43), která uvádí: „*Název dysfázie vystihuje podstatu poruchy nejlépe: dys- jako předpona označující narušení vývoje, -fázie odkazující na řečové funkce jako celek.*“ Dle jejího názoru je přívlastek „vývojová“ vlastně nadbytečný.

V zahraničí se pojem vývojová dysfázie ne užívá. V angličtině uváděné termíny „Developmental language disorder“ a „Specific language impairment“ (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 30) hovoří o vývojové poruše jazyka, respektive o specifickém narušení jazyka. Dále se řadí mezi poruchy centrálního auditivního zpracování signálu (Central auditory processing disorder). V německé literatuře se vyskytuje s českým pojmem shodující se označení „Entwicklungsdysphasie“ (Grimm 1982 In Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 31).

Přes nejednotnost termínů a definic se současná klinická logopedie shoduje na této definici vývojové dysfázie – jedná se o „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Termín vývojová dysfázie je v české foniatrické škole chápán jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, jež je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. Nejde tedy o stav získaný až po osvojení řeči*“ (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 106-107).

Stejně tak v úvodu kapitoly zmíněná Lechtova symptomatická klasifikace řadí vývojovou dysfázii do první kategorie – vývojová nemluvnost. Narušení v oblasti řečového vývoje tedy považujeme za dominantní příznak, samostatnou nozologickou jednotku, a proto se nedá klasifikovat jako symptomatická porucha řeči.

Typy narušení

Přestože každé dítě je unikátní, a tedy i každý dysfatic má individuální projevy, pro účely konkrétnějšího a jasnějšího odlišení narušených funkcí jednotlivých dysfaticů je zavedeno vnitřní dělení. Vývojovou dysfázi lze podle převažujících symptomů dělit podle Škodové, Jedličky a kol. (2003, s. 122 a 129) na motorickou či senzoryckou. Druhým a více využívaným je dělení na expresivní a receptivní typ, které je uvedeno v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) roku 1992 (české vydání z roku 1994). V zastřešující kategorii Poruchy psychického vývoje (F80-F89) jsou začleněny pod číslem F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka. Konkrétně jsou děleny následovně: F80.1 Expresivní poruchy vývoje jazyka a F80.2 Receptivní poruchy vývoje jazyka.

Pro expresivní, respektive motorickou vývojovou dysfázi je typické omezení v produkci řeči. Dítě s expresivní vývojovou dysfázi se často naučí pouze několik slov, většinou bývá narušena artikulace jednotlivých hlásek. Naopak porozumění je z velké části zachováno a dítě reaguje na otázky a pokyny, pokud nejsou dlouze a složitě formulované (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 27).

Opakem je receptivní, respektive senzorycký typ, při němž převažují obtíže právě s porozuměním v důsledku poruchy fonemického sluchu a narušením v oblasti morfološko-syntaktické roviny (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 27). Dítě tedy v tomto případě nemusí vykazovat tak rozsáhlé omezení v produkci řeči, ovšem plnění pokynů a zodpovídání otázek se jeví značně problematické a neodpovídající.

V případě, že se nedá určit, které ze symptomů převažují, a objevuje-li se kombinace markantních obtíží v oblastech porozumění i produkce řeči, pak je dítěti diagnostikován třetí typ – smíšený. V současnosti se právě smíšená vývojová dysfázie stává nejčastějším typem, jelikož ve většině případů je obtížné vymezení dominujících symptomů. Koneckonců je nutné mít na paměti, že při terapii se stejně nezaměřujeme pouze na dominující příznaky, ale komplexně rozvíjíme všechny nedostatkové oblasti, tedy celou osobnost dítěte (více v části Terapie vývojové dysfázie).

Stupně narušení

Kromě již zmíněného dělení na expresivní a receptivní typ poruchy lze rozlišit symptomy dle jejich závažnosti, určuje se tedy stupeň narušení. Kutálková (2002, s. 44) rozlišuje nemluvnost, těžkou dysfázii, dysfázii a dysfatické rysy. Nejzávažnější stupeň dysfázie označuje jako úplnou nemluvnost. Řeč se prakticky nerozvíjí, komunikace probíhá pouze gesty a pohybem. U percepčního typu často dochází k tomu, že dítě vůbec nerozumí prostředí, ve kterém se nachází, a uchyluje se k autistickému chování – křik, agrese, stereotypní jednání. V tomto okamžiku je rozhodující diferenciativní diagnostika, v mnoha případech velice komplikovaný a dlouhotrvající proces. Zároveň je nutností stanovit plán rozvoje náhradního způsobu komunikace s dítětem, a to nejen s cílem omezení agresivního chování a nalezení vhodného dorozumivacího prostředku, ale také kvůli prevenci stagnace rozumového vývoje.

Dalším stupněm poruchy je těžká dysfázie, resp. částečná nemluvnost. Na rozdíl od úplné nemluvnosti lze pozorovat rozvoj mluvené řeči, která sice prochází vývojovými etapami ontogeneze řeči, ovšem s velkým opožděním, které se počítá i v řádu několika let. Kutálková (2011, s. 158) dále upozorňuje: „*Někdy se vývoj zastaví na některé etapě a dál už nepostupuje.*“ V produkci řeči se objevují tzv. echolálie, tedy mechanické opakování slyšeného, aniž by došlo k pochopení obsahu. Dochází k echolálii slovní i větné a je nutné mít na paměti, že v případě těžké dysfázie se nejedná o napodobování (Kutálková 2011, s. 158).

Třetím stupněm je dysfázie, kdy podobně jako u těžké dysfázie pozorujeme rozvoj mluvené řeči, která je ovšem velmi omezena ve všech jejích oblastech. V běžném dorozumívání je komunikační schopnost často (po pracovním nácviku a dlouhodobé terapii) dostačující, nedostatky se ale projevují kromě výslovnosti i v gramatické a syntaktické stavbě, ve slovní zásobě a v obsahu sdělení. Samotné utváření vět a proces komunikace jako takové stojí osobu s dysfázií velké úsilí.

Nejlehčím typem, avšak neméně závažným, jsou dysfatické rysy. Hovoříme o menším rozsahu či nižší míře symptomů, které jsou během vývoje nápadné, a jedinci může být diagnostikována tzv. specifická porucha výslovnosti (Kutálková 2011, s. 159). Přitom se nejedná o „pouhou“ dyslalii, a proto v terapii postavené pouze na nápravě

formální stránky řeči nedochází k patřičným pokrokům, jelikož jde o narušení mnohem komplexnější. Z důvodu nesprávného stanovení terapeutických postupů se pak vytvářejí sekundární dopady, jako například strach z vyjadřování, opětovné zážitky neúspěchu a úzkosti přecházející až v neurotičnost.

3.1 Etiologie a symptomy

Etiologie vzniku vývojové dysfázie není jednoznačně objasněna. Přes stále panující nejasnosti vzniku vývojových poruch řeči je považován konkrétně vznik vývojové dysfázie jako následek raného poškození centrální nervové soustavy. V důsledku prenatalního, perinatálního či postnatálního poškození dochází v tomto případě k difúznímu, nikoliv ložiskovému poškození centrální korové oblasti mozku, a významně je narušeno centrální zpracování řečového signálu. „*Velké procento dětí s dysfázií má ve své anamnéze i rizikové těhotenství, nízkou porodní váhu, dlouhý porod a s tím spojené přidušení,*“ (Kutálková 2011, s. 156). Dle hloubky poškození se také projevuje míra symptomů v různých oblastech osobnostního vývoje. Pravděpodobně zde hraje roli i vliv dědičnosti, přičemž se obecně poruchy vývoje řeči objevují spíše u mužských potomků. U specificky narušeného vývoje řeči je taktéž výzkumem potvrzen častější výskyt u chlapců než u dívek, jedná se o poměr 4:1 (Škodová, Jedlička, a kol. 2003, s. 107). Co se týče vlivu prostředí, ani v tomto případě nelze zanedbat způsob výchovy a přisun podnětů, přičemž pochopitelně nemluvíme o příčině vzniku poruchy, ale o jednom z faktorů, který může pozitivně i negativně ovlivnit rozvoj řeči.

Vzhledem k charakteru neurologického poškození se vývojová dysfázie projevuje jako nerovnoměrné narušení celkového vývoje osobnosti, čímž se primárně liší od mentální retardace, kdy je celkový vývoj jedince narušen rovnoměrně, a od opožděného vývoje řeči, kdy hovoříme o dopadech pouze v oblasti komunikace (viz Diferenciální diagnostika).

Symptomy

Jak je uvedeno výše, vývojová dysfázie se vyznačuje nerovnoměrným vývojem celé osobnosti jedince. Jde tedy o poruchu systémového charakteru, kdy hlavním a také nejsnáze identifikovatelným symptomem je opoždění a narušení vývoje řeči. Typická je diskrepance mezi úrovní verbálních a neverbálních schopností (Škodová, Jedlička a kol.

2003, s. 108). Projevy vývojové dysfázie kromě řeči dále zasahují následující výčet oblastí:

- a) motorika,
- b) zraková a sluchová percepce,
- c) orientace v prostoru a čase,
- d) orientace v tělesném schématu,
- e) paměť a pozornost,
- f) emocionální prožívání a
- g) lateralita.

Všechny uvedené složky osobnostního vývoje se od sebe nedají čistě oddělit a deficity v jedné z nich se určitým způsobem promítají i do těch ostatních. K čím rozsáhlejšímu poškození mozku došlo během raného vývoje, tím závažnější a vzájemně propojenější projevy se postupně objevují. Další část této kapitoly se zabývá charakteristikou symptomů vývojové dysfázie v konkrétních oblastech vývoje osobnosti dítěte.

Orientace v prostoru, čase či vlastním tělesném schématu se postupně rozvíjí u každého dítěte. V případě dětí s vývojovou dysfázií je rozvoj těchto schopností určitým způsobem narušen a opožděn. S orientací obecně souvisí schopnost propojení konkrétního objektu, místa či časové informace s odpovídajícím pojmem, což právě těmto dětem činí obtíže. Z pohledu prostorové orientace se vyskytují obtíže při lokalizaci předmětů v prostoru, úzce související s narušením v oblasti lateralit a pravolevé orientace, a dále například při popisu místa bydliště ve vztahu k navštěvovanému vzdělávacímu zařízení. Co se týče chápání časových vztahů, je zde narušeno především chápání pojmů, jako např. zítra, dopoledne, za týden či v zimě. Dítě s vývojovou dysfázií se orientuje většinou v časovém rozmezí jednoho dne, kdy ráno znamená vstávání, poledne oběd a večer opět uléhání ke spánku (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 130). K bližšímu určení času tedy slouží činnosti, nikoliv časový údaj. Totéž platí například v případě neschopnosti udat slovně datum vlastních narozenin, avšak dítě ví, že narozeniny jsou tehdy, kdy „se nechodí do školky, je teplo (v době letních prázdnin) a dostávají se dárky“. Kromě uvedených oblastí orientace ještě Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 129) uvádějí nedostatečnou orientaci v osobních údajích, konkrétně například

„...jen málokteré dítě vědělo jména svých rodičů. Na otázku ‚Jak se jmenuje tvoje maminka, tvůj tatínek?‘ odpovídají ‚Máma, táta.‘.“

V souvislosti s orientací je na místě uvést problematiku v oblasti *laterality* a motoriky. Mezi dysfatickými dětmi byl prokázán vyšší výskyt nevýhodných typů laterality, tedy nevyhraněný a zkřížený typ (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 108), což má nepopíratelně vliv na učení a vývoj motorických schopností.

Oblast *motoriky* zahrnuje obecně schopnost koordinace pohybu, hrubou a jemnou motoriku, grafomotoriku a rovněž oromotoriku, přičemž tyto dílčí součásti spolu velmi úzce souvisí. V zásadě ve všech podoblastech můžeme u dítěte s dysfázií nalézt poměrně významné odchylky, což se v případě raného poškození korové oblasti mozku dá předpokládat. Obecně vzato lze o těchto dětech říci, že jejich verbální a neverbální projevy mezi sebou příliš nekorespondují a k rozvoji dílčích schopností dochází velmi nerovnoměrně. Typickým projevem je celkově horší obratnost a nešikovnost při řízené činnosti, nekoordinovanost pohybů horních končetin a při volném pohybu i celého těla. Uvedené projevy lze shrnout pod zastřešující pojem dyspraxie. Ovlivněna je také přesnost prováděných pohybů a jejich tempo. Konkrétně dysfatické děti kupříkladu nedokáží stát bez opory na jedné noze, déle se učí chůzi po schodech bez opory o zábradlí, nezvládají snožmo vyskočit a s těží se trefují do míče (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 132). Motorické deficity jsou o to znatelnější, pokud činnost vyžaduje soubor na sebe navazujících pohybů. Spojení izolovaných kroků je pak neplýnulé a kostrbaté.

Obtíže v oblasti jemné motoriky a grafomotoriky můžeme pozorovat především při manipulaci s předměty a při tvořivé činnosti. Později během začátků školní docházky jsou tyto obtíže většinou označeny jako specifické poruchy učení, např. dysgrafie. Na konkrétní projevy upozorňuje např. Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 110), zpravidla má dítě s dysfázií problém a často není vůbec schopné napodobit určité gesto či tvar rukou (např. brýle-podívat se skrz kroužky z prstů nebo přísahat jako skaut), protože vlastní nervová soustava nevysílá konkrétní pokyn, jak úkonu podle vizuálního vzoru motoricky dosáhnout. Neobratnost je více znatelná, když požadujeme nápodobu komplexního pohybu, zvláště jedná-li se o úkol antagonistického typu (např. střídání otevřené dlaně a dlaně v pěst, většinou se obě ruce pohybují stejně nebo jedna z rukou zůstává bez

pohybu). Typickým příkladem deficitu v oblasti jemné motoriky je neschopnost zavázat si tkaničky nebo zapnout knoflík.

Grafomotorické deficity můžeme v předškolním věku pozorovat zejména na vývoji kresby, která se stává ukazatelem i pro budoucí osvojování si dovednosti psaní. Samotné držení tužky, které je často nesprávné, křečovité či nestabilní, má pak za následek roztřesené a nerovné linie, přenos na papír bývá vyrytý, někdy ve snaze napravit chybu i dvojitý (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 133). Na výsledku se promítá rovněž deficit v oblasti zrakového vnímání. Dítě s vývojovou dysfázií nezvládá napodobit jednoduché tvary podle předlohy, v případě komplexnějších obrazců si nedokáže rozdělit práci na jednodušší kroky. Typickým výtvozem při kreslení lidské postavy je tzv. hlavonožec (typický ve smyslu způsobu kresby vzhledem k věku dítěte).

Z oblasti motoriky je nezbytné ještě zmínit poruchy oromotorického svalstva. Při napodobování pohybu rtů, lícního svalstva a jazyka mívá většina dysfaticků potíže při jednoduchých grimasách, jako například špulení rtů, nafukování tváří nebo vypláznutí jazyka se špičkou směřující k nosu. Všechny tyto dílčí deficity se odrážejí ve schopnosti artikulace a je nutné se na jejich kompenzaci během terapie zaměřit. I v případě oromotoriky platí, že se obtíže násobí, pokud je cílem soubor na sebe navazujících jemných pohybů (např. slovo jako soubor hlásek). V praxi je pak během propojování jinak (třebaže zvládnutých) izolovaných pohybů viditelně namáhavé a k ulehčení děti využívají doprovodných souhybů hlavy či horní části těla. *„Všeobecně lze říci, že dysfunkce v oblasti řečové motoriky způsobují artikulační neobratnost, která zhoršuje celkovou srozumitelnost řečového projevu,“* (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 135).

Kvalita *zrakové a sluchové percepce* je základem zejména pro osvojení si školních dovedností číst a psát. Již v předškolním věku lze ale identifikovat, zda jsou tyto součásti osobnostního vývoje dysfunkční, a spojitost s narušením paměti se projevuje už v počátcích vývoje řeči. Sluchové vnímání zaručuje rozlišování jednotlivých prvků řeči, zahrnuje cit pro rytmus a melodii. To vše je omezeno v důsledku poruchy v oblasti časového zpracování akustického signálu, která zapřičiňuje existenci prodlev při zpracování slyšených informací (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 107). Ke specifickým vývojové dysfázii patří kromě dysfunkčního rozpoznávání akustického signálu též selhávání při požadavku reprodukce jednoduchých rytmických cvičení, říkanek či

melodie. Nedílnou součástí sluchové percepcce je dále fonematická diferenciacie, kterou se blíže zabývá část věnovaná projevům v oblasti řeči.

„Zraková gnózie je u dysfatických dětí v porovnání se sluchovými funkcemi podstatně kvalitnější, ...problematické se jeví jen zrakové vnímání, spjaté s trojrozměrnou představivostí, vizuomotorickou koordinací a pravolevou orientací,“ (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 139). Na rozdíl od výzkumu Mikulajové a Rafajdusové hodnotí Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 112) zrakové schopnosti kritičtěji. Upozorňují na pomalejší zrání zrakové analýzy a syntézy, která je nezbytná pro diferenciaci figury a pozadí, odlišování tvarů a barev a stejně tak i k určení polohy předmětů v prostoru. Zajímavé ale zůstává, že schopnost rozlišování dvourozměrných předmětů je relativně zachována a ke komplikacím dochází při přechodu na trojrozměrnost, u které jsou požadavky kladeny i na představivost (příklad úlohy: složit věž z kostek dle obrázkové předlohy).

Se zrakovým vnímáním je spojena též *pravolevá orientace*. V důsledku nerovnoměrného zrání nervové soustavy lze u dětí s vývojovou dysfázií očekávat narušení i v této oblasti. Jak uvádí Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 140), schopnosti pravolevé orientace, stejně jako orientace ve schématu vlastního těla a na těle osob druhých, jsou podmíněny verbálním kódováním a souvisí s interhemisférickou spoluprací. U dysfatických dětí je propojení hemisfér, a tedy i přiřazování významu pojmům, taktéž ovlivněno zráním centrální nervové soustavy. Jednotlivé případy jsou pak v míře schopnosti orientovat se velice různorodé.

Další oblastí, jejíž narušení se projevuje v symptomatice specificky narušeného vývoje řeči, je *pozornost a paměť*. Při vyšetřeních se odborníci zaměřují především na sluchovou a zrakovou paměť. Už kvůli charakteru poškození mozkové kůry není překvapivé zjištění Mikulajové a Rafajdusové (1993, s. 148), že sluchová paměť je, jak z pohledu krátkodobé, tak i dlouhodobé výbavnosti, narušena více než ta zraková (např. v úlohách reprodukce slyšené řady slov, rytmického cvičení či plnění základních pokynů je patrná nižší kapacita a vyšší chybovost než v úkolech s řadou obrázků). Z hlediska učení predikuje narušení paměti významné obtíže během raného vývoje a zhoršené podmínky prospívání ve vzdělávacím procesu. S tím taktéž souvisí přítomnost poruch pozornosti. V různé míře se projevuje vyšší unavitelnost při delší monotónní činnosti a

omezená schopnost koncentrace pozornosti. Poměrně častá je porucha pozornosti v kombinaci s hyperaktivitou.

S difúzním poškozením mozku a nerovnoměrným vývojem osobnosti je úzce spjat rozvoj emocionální složky vnímání (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 32). V mnoha případech se k diagnóze vývojové dysfázie připojuje emocionální nevyzrálost či citová instabilita. Ty zahrnují širokou škálu konkrétních projevů: neadekvátní reakce na některé situace, infantilismus, chybějící samostatný úsudek, přetrvávající separační úzkost či fixace na konkrétní osoby, neurotičnost, unikání do vlastní reality, neschopnost řešit konflikty, úzkost nebo agresivní chování.

Bezpochyby nejvíce nápadné a z hlediska závažnosti nejvýznamnější je narušení v oblasti komunikace. Pro přehlednost projevů v mluvené řeči jsou vymezeny konkrétní obtíže v rámci jazykových rovin.

Foneticko-fonologická rovina

Z pohledu formální stránky řeči jsou projevy rozlišné dle typu vývojové dysfázie. U receptivního typu nemusí být fonetická stránka řeči tolik narušena jako u expresivního. Naopak se zde vyskytují problémy s porozuměním a echolálie. V procesu cílené terapie je však z prvního dojmu zřejmá snížená schopnost rozlišit a napodobit jednotlivé hlásky. V případě expresivního typu jsou projevy na první pohled patrné. Nutno však dodat, že takové dítě má větší problémy s napodobením než rozlišením hlásek (Kutálková 2002, s. 47).

Jak již bylo uvedeno, v důsledku poškození mozku dochází k poruchám centrálního zpracování řečového signálu. V případě obou typů poruchy má osoba s vývojovou dysfázií narušen fonemický sluch (foném – hláska měnící význam slova), který umožňuje rozlišovat distinktivní rysy jednotlivých hlásek. Dochází tedy k záměnám zvukově podobných či z hlediska tvorby blízkých hlásek. Typické jsou obtíže při diferenciaci některých skupin hlásek. V první řadě jsou to znělé a neznělé dvojice hlásek (např. b-p, d-t) či krátké a dlouhé samohlásky. Dále dochází k záměnám při měkčení (dy-di, ty-ti, ny-ni resp. de-dě, te-tě, ne-ně) a při rozlišování sykavek (c-č, s-š, z-ž), obzvláště pak u slov, kde jsou přítomny oba jevy zároveň (např. nyní, čepice).

Konkrétně se téměř bezvýhradně vyskytují záměny hlásky „t“ za hlásku „k“, dále bývá nahrazena hlásky „d“ hláskou „g“ a neméně často dochází k záměnám mezi souhláskami, např. „a-e“. Vzhledem k častému výskytu těchto hlásek v běžné řeči je projev dosti nesrozumitelný (Kutálková 2011, s. 161). Zajímavým fakt je, že přes obtížné osvojování a vyvozování jednotlivých hlásek nebývá takovým problémem hlásky „r“ a „ř“ a dítě se ji často spontánně naučí vyvozovat dříve než ostatní skupiny hlásek. Stále je však třeba mít na paměti rozmanitost jednotlivých případů, na níž upozorňují i Mikulajová s Rafajdusovou (1993, s. 98): *„Dyslálii je možné hodnotit jako nekonekventní (hlásky nejsou vždy tvořené stejným chybným způsobem) a v některých případech i nekonstantní (hlásky nejsou vždy tvořeny chybně). Výslovnost se neřídí podle žádného pravidla.“*

Obecně kromě záměn jednotlivých hlásek a slabik dochází i k vynechávání hlásek i slabik či specifickému komolení celých slov, např. prohození první a poslední hlásky, zkrácení delšího slova a podobně.

Lexikálně-sémantická rovina

V lexikálně-sémantické rovině je zřejmé, že obtíže souvisejí se slovní zásobou a obsahovým významem. U dysfaticů se slovní zásoba velmi pomalu rozrůstá a dlouho trvá, než dojde k začlenění nového slova do aktivního slovníku. Z hlediska slovních druhů převažují podstatná jména a slovesa, u nichž se objevují chyby ve skloňování a časování. Není výjimkou, že si dítě samo vytváří vlastní slova (Kutálková 2011, s. 160).

V souvislosti s narušením percepce řeči jsou typické problémy s porozuměním. Týká se to nejen mluvené řeči ale později i psané podoby jazyka. Dotyčný obtížně rozezná klíčová slova ve větách nebo neporozumí obsahovému významu slov, v důsledku čehož nerozumí sdělení či pokynům. Z tohoto důvodu je třeba rozšiřovat slovní zásobu co nejvíce, aby se rozvíjela nejen produkce řeči jako taková, ale i vnitřní řeč potřebná k myšlenkovým operacím.

Morfologicko-syntaktická rovina

Ve vyjadřování kromě fonetické stránky řeči nalézáme dysgramatismy verbální i větné. Pořadí slov bývá zpřeházené a stává se, že klíčové slovo chybí a věta ne vždy dává smysl. K vynechávání dochází při použití pomocných tvarů slovesa být a zvrtných

zájmen (Kutálková 2002, s. 45). Obtížné je začleňování časového údaje do věty a obecně užívání minulého a budoucího času u sloves. Často dochází k chybnému určení času ve větě kombinací minulého času a budoucího příslovce či naopak („včera půjdu k babičce“ či „zítra byl ve škole“). Dále se objevuje chybné umístění záporu ve větě, typické je jeho umístění na konec věty, resp. za sloveso („domů chci ne“). Rovněž typickým znakem v řeči dysfaticů je nesprávné použití předložek a s tím související skloňování podstatných jmen („tričko je ve skříň“), obtíže činí především určení přesného umístění předmětů v prostoru.

Obecně lze konstatovat, že osoby s dysfázií se rodí s tzv. řečovou slabostí, tedy s méně rozvinutým citem pro jazyk. Kromě uvedených dysgramatismů (přehazování, vynechávání chybné skloňování aj.) používají dysfatické děti věty obecně velmi jednoduché a nerozvité, většinou dvou- i jednoslovné (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 107). Vyjadřování ve větách je navíc stojí ohromné úsilí a koncentraci pozornosti, s čímž úzce souvisí i zvýšená unavitelnost při verbálně založených aktivitách.

Pragmatická rovina

V návaznosti na nadměrné úsilí vynakládané během snahy sdělit komunikační záměr se narušení pragmatické roviny promítá zcela jednoznačně také do tempa a rytmu řeči. Navíc je ovlivněna i prozodická stránka řeči, jež bývá pro intaktní řečníky přirozenou součástí mluvené řeči. Ovšem v případě jedinců s vývojovou dysfázií může neadekvátní využívání modulačních faktorů působit jako u osob s vadou sluchu (Mikulajová a Rafajdusová 1993). Za komplikaci lze považovat také často zažívaný neúspěch a nedostatek trpělivosti ze strany komunikačního partnera. Dlouhodobý stres plynoucí ze vzájemného nepochopení pak může mít již zmiňované sekundární následky na psychiku a jednání osoby s vývojovou dysfázií.

3.2 Diagnostika a terapie

Diagnostikou specificky narušeného vývoje řeči se ve své publikaci *Vývinová dysfázia: specificky narušený vývin řeči* podrobně zabývají Marina Mikulajová a Iris Rafajdusová (1993). Pro účely této bakalářské práce shrneme pouze obecně, která vyšetření zahrnuje proces diagnostiky, a některé metody, jež jsou v diagnostice využívány.

Pro získání komplexního klinického obrazu diagnostikovaného dítěte je nutné zajistit neuropsychologické vyšetření, diagnostiku intelektových schopností dítěte, diagnostiku grafomotorických schopností, foniatrické vyšetření a v neposlední řadě vyšetření řeči.

Neuropsychologické vyšetření (NEPS) se zaměřuje na konkrétní schopnosti podílející se na kognitivních a řečových procesech, konkrétně na jedenáct oblastí vývoje: motorické funkce, lateralita, orientace, sluchové a zrakové vnímání, řečová percepce a exprese, taktilní a kinestetická gnozie, paměťové procesy a čtení, psaní a počítání. Vzhledem k výše rozebrané symptomatice je jasné, že toto vyšetření je nezbytné pro sestavení diagnostického profilu každého dysfatika.

Psychologické vyšetření, tedy zjištění intelektových schopností dítěte, spočívá v rukou psychologa. Ten posuzuje, zda se porucha vývoje řeči vyskytuje v souvislosti se snížením intelektových schopností. Vyšetření má tedy diferenciálně-diagnostický charakter, jelikož je nezbytné rozlišit, o který typ narušeného vývoje řeči jde. K tomuto účelu se využívá nejčastěji Wechslerova baterie, zkouška Termana a Merillové nebo Ravenův test progresivních matic. Uvedené metody využívají verbálních i neverbálních úkolů a při vyšetřování dětí s narušeným vývojem řeči poskytují nezbytné informace.

K *vyšetření grafomotorických schopností* se využívá Matějčkův test obkreslování a Kresba postavy (Šturma a Vágnerová 1982 In Lechta a kol. 2003, s. 92). U jedinců s poruchami řeči je kresba oblíbeným a velice významným diagnostickým zdrojem, protože nevyžaduje verbální projev, jehož narušení komplikuje značnou část komplexních vyšetření. Konkrétně u dětí s vývojovou dysfázií jsou specifika v kresbě typická.

Cílem *foniatrického vyšetření* je zjištění fyziologických předpokladů pro vývoj řeči a zahrnuje základní ORL vyšetření, vyšetření hlasu a sluchu (Mikulajová a Rafajdusová 1993). Přestože klinický obraz vývojové dysfázie primárně nezahrnuje vady sluchu, nebývá výjimkou jejich přítomnost. Součástí foniatrického vyšetření je také vyšetření řeči, na němž se podílí kromě foniatra také logoped.

Jak uvádí Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 97), k *vyšetření řeči* neexistují žádné náhradní neřečové metodiky a je tedy zřejmé, že u dětí s podezřením na narušený

vývoj řeči zůstává jedinou možností vyprovokování k aktivní komunikaci. Vzhledem k náročnosti vyšetření u takových případů probíhá tento proces na etapy a je nutností vytvořit takovou atmosféru, kdy se bude dítě cítit dostatečně uvolněně a nebude mít pocit, že je vyšetřované.

Obecně lze oblasti vyšetření řeči rozdělit následovně: *vyšetření porozumění řeči a vyšetření řečové produkce* (Lechta a kol. 2003, s. 41-42). V části porozumění řeči se zaměřujeme především na fonemickou diferenciaci a využíváme různých obrázkových materiálů a předmětů denní potřeby ke zjištění míry porozumění pokynům a instrukcím. K testování fonemické diferenciaci je hojně využívána Zkouška sluchového rozlišování podle Wepmana a Matějčka (která obsahuje 20 párů umělých, identických či odlišných slov), dále pak standardizovaný test Vyšetření fonemického sluchu u předškolních dětí. Při zjišťování míry porozumění využíváme instrukce k splnění určité činnosti, například identifikaci obrázků, výběr konkrétních předmětů ze souboru. Postupně zvyšujeme náročnost pokynů (využití záporu, kombinace více pokynů či složitější formulace vět).

Vyšetření řečové produkce se dá rozčlenit na několik částí podle využívané metody (bez ohledu na využívaný prostředek se zaměřujeme na všechny jazykové roviny a schopnost artikulace při řízeném i spontánním projevu): popis obrázku, řízený rozhovor, reprodukce vět, textu či příběhu, udržování tónu a čtení a psaní u školních dětí (Lechta a kol. 2003, s. 43-44). Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 98) uvádějí navíc monologické vyprávění na určité téma (např. Vánoce) a uvědomění si hláskové struktury slova. Během vyšetření sledujeme z pohledu foneticko-fonologické roviny způsob realizace řeči (substituce, asimilace a vynechávání hlásek či slabik), v rámci morfologicko-syntaktické jazykové roviny pak výskyt jednotlivých slovních druhů a typů použitých vět. V lexikálně-sémantické rovině se zaměřujeme na rozsah mluvního projevu a správnost použití významu slov (nejen konkrétní a abstraktní pojmy, ale i přenesené významy) a konečně v pragmatické rovině zjišťujeme schopnost vyjádřit komunikační záměr a schopnost konverzace.

Diferenciální diagnostika

Součástí diagnostiky specificky narušeného vývoje řeči je taktéž nutnost odlišit symptomatiku od jiných komplexních poruch, tedy jiných nozologických jednotek. V literatuře je do diferenciální diagnostiky řazeno poměrně rozmanité množství jiných diagnóz. Například Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 116) zmiňují vývojovou dysartrii, vady sluchu, těžkou dyslalií a opožděný vývoj prostý či při mentální retardaci. Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 32) uvádějí navíc autismus, mutismus a syndrom Landau-Kleffner. V případě, kdy dochází k narušení řečového vývoje v důsledku jiného primárního postižení (např. tělesné postižení, těžké postižení zraku či sluchu), hovoříme o symptomatických poruchách řeči. Pro účely této práce byly vybrány k bližšímu popisu pouze některé z uvedených diagnóz, které jsou v tomto ohledu významné.

Opožděný vývoj řeči prostý

Jak napovídá název této vývojové poruchy, jde pouze o všeobecné opoždění řečového vývoje bez dalších specifických odchylek v konkrétních oblastech řeči. Nejčastěji je opožděný vývoj řeči brán v potaz v období kolem třetího roku, kdy dítě nemluví nebo mluví jen velmi málo (prodloužená fyziologická nemluvnost). „*Opožděný vývoj řeči jako symptom se však velmi často vyskytuje jako první příznak narušeného vývoje řeči*“ (Lechta a kol. 2003, s. 62). Proto se také velice často nejprve tvoří terapeutický plán nápravy opožděného vývoje řeči a až později, když se objevují specifické odchylky ve vývoji řeči, se plán upravuje pro specificky narušený vývoj řeči. S opožděným průběhem vývojových etap řeči u dětí souvisí rovněž porucha artikulace – dyslalie, ovšem ve srovnání s vývojovou dysfázií se nevyskytují odchylky v neřečových oblastech vývoje. Kromě symptomů existují odlišnosti i z hlediska etiologie, přičemž opoždění vývoje zpravidla není důsledkem raného poškození mozku, naopak se zohledňuje více podnětnost prostředí a vliv genetického zatížení.

Mutismus

„*Mutismus znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému,*“ (Lechta a kol. 2003, s. 251). Hovoříme tedy o psychogenně podmíněné poruše řeči, kterou pod pojmem „*elektivní (výběrový) mutismus*“ řadí 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí pod

kapitolu Poruchy sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství a adolescenci (F94). Kromě elektivního mutismu (někdy uváděn pod pojmem „selektivní“), kdy se ztráta schopnosti verbálně komunikovat projevuje pouze v určitých situacích, existuje také mutismus totální, který typicky vzniká jako reakce na silný šok, a dítě není schopné mluvit v žádné situaci (Kutálková 2011, s. 193). Na rozdíl od vývojové dysfázie, kdy jde o specifické narušení vývoje, zde pozorujeme ztrátu řeči většinou již intaktně vyvinuté (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 33). Není ovšem výjimkou, že z důvodu často zažívaného neúspěchu při pokusech o komunikaci bývá elektivní mutismus k dysfázii přidružen. V souvislosti se začátkem diagnostického procesu dítě zažívá o to intenzivněji pocity strachu a nejistoty v kontaktu s cizím člověkem a stres tak přirozeně blokuje mechanismy, které dítě běžně ke komunikaci využívá. Pro diferenciální diagnostiku je obzvláště v těchto případech nutností navodit uvolněnou atmosféru a navázat jakýkoliv kontakt.

Mentální retardace

U dětí s mentální retardací probíhá vývoj osobnosti a veškerých schopností relativně rovnoměrně, i když s určitým opožděním či odchylkami od normy (je známo, že dysfatické děti, na rozdíl od dětí s mentální retardací, jsou aktivnější, živější a zvědavější (Mikulajová a Rafajdusová 1993, s. 32)). Tedy už jen z tohoto důvodu je třeba mentální retardaci odlišit od vývojové dysfázie, kterou charakterizuje právě nerovnoměrnost ve vývoji. Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 115) uvádějí, že „...porucha intelektu zcela zásadně není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie.“ V případě, že je u dítěte s vývojovou dysfázií přítomna i mentální retardace, jedná se o kombinované postižení. Druhá varianta přítomnosti mentální retardace v kombinaci s dysfázií může nastat v případě, že není včas zvolen vhodný alternativní komunikační prostředek a není započata logopedická terapie. Tehdy může mít stagnace řečového vývoje sekundárně vliv i na intelekt dítěte.

Pervazivní vývojové poruchy

„U dětí s poruchami autistického spektra jsou poruchy řeči součástí vývoje osobnosti“ (Mikulajová a Rafajdusová, 1993). Projevují menší zájem o sociální interakci a méně navazují blízký vztah i s těmi nejbližšími, často se uzavírají do sebe. Dalším

projevem, který je hlavním důvodem sporu v diferenciací diagnostice, je sklon ke stereotypnímu a někdy agresivnímu chování. Jak už je uvedeno dříve, k těmto projevům dochází častěji u dětí s receptivním typem dysfázie, jelikož se obtížně orientují v pro ně nepochopitelném světě. Proto je nutností, aby při podezření na autismus nebo vývojovou dysfázii provedl diferenciací diagnostiku zkušený odborník, který se přímo touto problematikou zabývá.

Sluchové postižení

Kromě důležitosti diferenciací diagnostiky je nutné rovněž zmínit v poslední době se rozšiřující trend, na který poukazuje také Lechta a kol. (2003, s. 63): „...nastal určitý posun v chápání rozdílu mezi teoreticky a klinicky stanovenou diagnózou.“ Hovoří zde o výlučnosti sensorického či mentálního postižení ve spojení s vývojovou dysfázií. „V klinické praxi jsou však stále častější případy s kombinovanými vývojovými poruchami. Jde tedy o míru překrývání teoretických a klinických definic,“ (Lechta a kol. 2003, s. 63). Rozhodujícím kritériem při diagnostice však stále zůstává podíl jednotlivých faktorů na vzniku poruchy.

Terapie

Na dlouhodobý a komplexní proces diagnostiky navazuje fáze terapie. Klíčem k úspěšnosti terapie u dětí s vývojovou dysfázií je, koneckonců stejně jako u ostatních kategorií narušené komunikační schopnosti, mezioborová spolupráce odborníků s rodinnými příslušníky. Z obsáhlosti výše rozebraného klinického obrazu vývojové dysfázie vyplývá, že péče o osobu s touto diagnózou musí být komplexní a zaměřená by se neměla omezovat pouze na řečovou produkci. Na rozdíl od dřívějších terapeutických postupů se logopedická péče nyní orientuje spíše na pragmatickou rovinu a schopnost sdělit vlastní komunikační záměr, protože od samotné schopnosti dorozumět se a komunikovat s okolím se odvíjí psychická rovnováha člověka a rovněž jeho možnosti rozvoje. Metodami a postupy v terapii narušené komunikační schopnosti se zabývá publikace Terapie narušené komunikační schopnosti od Lechty a kol. (2005) a konkrétní terapeutickou metodickou příručku vytvořila Kutálková – Metodika reedukace opožděného vývoje řeči a vývojové dysfázie (2002).

Podstatou této fáze intervence je zaměření na celkovou osobnost dítěte (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 117). Na rozdíl od opožděného vývoje řeči je v tomto případě nutností rozvoj všech dílčích oblastí, které jsou poškozením mozku a nerovnoměrným zráním nervové soustavy zasaženy. Jedná se kromě řeči o schopnost orientace, zrakové a sluchové vnímání, motoriku, paměť, pozornost a grafomotoriku. Jak všichni autoři zdůrazňují, tyto oblasti jsou vzájemně propojené a jejich trénink není možné striktně oddělit. Ze všeho nejdůležitější však zůstává, aby byl terapeutický plán přizpůsoben individuálním obtížím daného jedince (stupni a typu poruchy) a postaven na tom, co již umí a ovládá. Rozfázování reedukačního procesu na malé kroky se ukazuje jako efektivní nejen z hlediska snadnějšího hodnocení pokroku, ale také přehlednosti pro dítě i jeho rodinu, čímž je zajištěn častější pocit úspěchu a eliminace negativních sekundárních dopadů.

Z obecně platných principů, které je nutné dodržovat při práci s dítětem s vývojovou dysfázií, uvádí Kutálková (2002, s. 57) tyto:

- a) *respektování stupně vývoje řeči a zájmů dítěte,*
- b) *pochvala jako motivace a biologický princip učení,*
- c) *napodobovací reflex a jeho využívání v běžné řeči,*
- d) *podpora mluvního apetitu bez ohledu na výslovnost,*
- e) *tři etapy osvojení nového výrazu,*
- f) *využití výrazné mimiky a gestikulace,*
- g) *stereotypy.*

Z podstaty poškození mozku vyplývá, že různé oblasti jsou v různé míře dysfunkční. Na základě informací z diagnostiky utváříme terapeutický plán, založený na konkrétních vývojových stupních dílčích oblastí. Je tedy nezbytné respektovat stupeň vývoje určité dovednosti a materiály k jejímu rozvoji přizpůsobit věku a zájmům dítěte. Důležité je hned v začátku terapie stanovit priority pro reedukaci, ve většině případů se jedná o podporu mluvního apetitu obecně, důraz kladený na obsahovou, nikoli formální stránku řeči, a rozvoj motivace, která je klíčová pro jakýkoliv nácvik. Z hlediska rozvoje percepčních schopností je zdůrazňován multisenzoriální přístup a názornost, spojená s výraznou a jednoznačnou mimikou a gestikulací. Vhodné jsou také postupy podporující orientaci v tom, co dítě čeká, např. sdělit na začátku sezení, které aktivity se během terapie

vystřídají a dát průběhu jasný řád. Co se týče rozvoje konkrétních oblastí, je vhodné kombinovat během jednotlivých sezení více různorodých aktivit a nepodávat je pouze formou drilu. Přesto je nezbytné trvat na důslednosti.

Od počátku terapie je třeba rozvíjet zrakové a sluchové vnímání. Zraková percepce se rozvíjí nejprve ve vertikální linii a později v horizontální, která je základem pro výuku čtení a psaní (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 117). Cílové podoblasti rozvoje jsou analýza a syntéza, diferenciacie figury a pozadí, vnímání barev a tvarů a později orientace v řadě a posloupnosti. V kombinaci s rozvojem motoriky se využívá různých stavebnic a skládaček nebo třídění předmětů a obrázků podle podobnosti. Vhodné je využití materiálů z Vývojového testu zrakového vnímání M. Frostigové, které doporučuje Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 117). Kutálková (2002, s. 65) dále uvádí úlohy na diferenciaci: „*co se změnilo v místnosti, co zmizelo ze stolu, hledání rozdílů, dvojice obrázků, domalovánky apod.*“ K rozvoji členění figury a pozadí nabízí: „*vybarvování plošek mozaiky podle daných značek, hledání obrázků ve zvěti čar apod.*“

Sluchová percepce způsobuje dysfatičům největší obtíže (z důvodu výše uvedené poruchy centrálního zpracování akustického signálu). Nejvýznamnějším cílem rozvoje sluchové percepce je fonematická diferenciacie, tedy využití diskriminačních cvičení především pro rozlišování měkkých a tvrdých, znělých a neznělých souhlásek, krátkých a dlouhých samohlásek. Důležitou součástí, stejně jako u zrakové percepce, je trénink analýzy a syntézy. Jde tedy o schopnost identifikovat hlásky ve slovech, zejména na počátku a na konci slova, rozklad slov na slabiky, a naopak skládání slov z hlásek či slabik. Všechna cvičení je vhodné propojit s obrázkovým podkladem, dále s tréninkem melodie a rytmu a podpořit nácvik názornými pomůckami (např. bzučák pro délku samohlásek, dřevěnou desku s molitanovou částí pro měkčení apod.). Z konkrétních cvičení lze využít např. tlesknutí na předem domluvenou slabiku ve slovech, vymýšlení slov od jednoho slovního základu, slovní kopanou (Kutálková 2002, s. 66).

S uvedenými oblastmi je nedílně spojena i paměť. Nároky jsou na ni kladeny při jakémkoliv nácviku (zraková, sluchová, verbální, pohybová paměť). Klíčem k jejímu rozvoji je opakování jednotlivých činností, cvičení a postupů (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 119). Z pohledu motivace a pozornosti je třeba postupně zařazovat i nové techniky, na druhou stranu stereotypní nácvik se potvrzuje jako účinný pro snazší

orientaci a uplatňování naučeného v reálných situacích. S ohledem na pozornost je pak nutné přizpůsobit pracovní místo individuálně, podle odolnosti dítěte vůči rušivým vlivům okolí. Pro podporu motivace je nutný zážitek úspěchu a pochvaly i za snahu.

Pro rozvoj hrubé motoriky nebývá v logopedických ambulancích dostatek prostoru ani času. O to více se však logopedická terapie zaměřuje na všeobecnou koordinaci, rozcvičování mluvidel a rozvoj jemné motoriky, především grafomotoriky. Zejména u dětí s dyspraxií je třeba podpořit rozvoj všeobecné koordinace pohybů, hmatu a propriocepce.

K rozvoji oromotoriky slouží osvědčený soubor cvičení na pohyblivost rtů, tváří a jazyka (např. nafukování tváří, olizování rtů, střídání úsměvu se špulením rtů atd.). Izolované pohyby nebývají pro dysfaticky tak náročné jako snaha o plynulý a rychlý přechod do dalšího pohybu. Mimika obličeje souvisí také s projevováním emocí v běžném životě, které bývá ve velkém množství případů narušeno, takže i proto je nutné oromotoriku trénovat.

Pro rozvoj jemné motoriky rukou je vhodná jakákoliv manipulace s předměty, při níž se postupně přechází od větších k menším, např. kostky, lego, puzzle, korálky. Oblíbenou činností bývá práce s přírodními materiály či tvorba z papíru nebo modelíny. I v případě grafomotoriky uplatňujeme pravidlo malých kroků. Nejprve je cílem správný úchop (postavení ruky a uvolněné držení), poté uvolňovací cvičení na zápěstí a postupně od velké plochy a dlouhých linií zužujeme prostor a zmenšujeme pohyb ruky s cílem drobnější kresby.

K podpoře rozvoje tělesného schématu a pravolevé orientace uvádí Kutálková (2002, s. 69-70) třífázový model tréninku. V první – pohybové – části využívá spolupráce terapeuta a dítěte při pohybových cvičeních před zrcadlem a proti sobě, kdy má dítě ukazovat části těla podle vzoru dospělého. Druhá – manipulační – fáze zahrnuje práci v ploše, tedy manipulaci a umístování předmětů opět podle vzoru. Poslední část – kresba – má podobný postup jako manipulace, ale s využitím kresby místo předmětů. Během všech tří fází se postupně zvyšují nároky na představivost a k vertikální linii se přidává předozadní a pravolevá.

Rozvoj řeči

Nedílnou součástí schopnosti řečové produkce je práce s dechem a cit pro melodii a rytmus. Je tedy třeba doplňovat samotný rozvoj řeči o cvičení věnovaná prohloubení dechové kapacity a o různé rytmické prvky.

Již v úvodu kapitoly Terapie je zmíněno, že je třeba od počátku podporovat mluvní apetit a porozumění. K tomu je nezbytné rozvíjet slovní zásobu. Pasivní slovní zásoba souvisí s porozuměním a je zásadní začít s jejím rozvojem i v době, kdy dítě ještě nemluví. Aktivní slovník se rozvíjí postupně od citoslovcí přes jednoslabičná slova až k těm víceslabičným, a poté k jednoduchým větám. Z hlediska slovních druhů po citoslovcích následují podstatná jména, slovesa a přídavná jména. Obtížnější je využití příslovcí, číslovek, poslední se pak objevují předložky, spojky a zájmena. Stejně jako u motorických cvičení, i zde platí efektivita stereotypního nácviku. Pro dysfatieky je užitečné naučit se konkrétní typy vět (např. pravidla, jak tvořit oznamovací a tázací věty) a v rámci jejich tréninku je pak v různých obměnách zkoušet v modelových situacích (Kutálková 2011, s. 169). Naučených vět se pak dá využít i v dalších fázích nácviku komunikace, a to při popisu a dialogu.

Kromě slovní zásoby je pro komunikaci dětí s dysfázií typická narušená syntax a další gramatická pravidla. Postup při osvojování gramatiky je součástí rozvoje slovní zásoby. V rámci jednoho sezení je vhodné se zaměřit pouze na jednu novou položku a další přibrat až v okamžiku, kdy ta první dojde do fáze upevňování. Tímto způsobem se dítě postupně učí používat zápor, různé slovesné časy, skloňování podstatných jmen atd. I přes vynaložení často nadměrného a dlouhotrvajícího úsilí (dítěte, terapeuta i rodiny) se osvojení gramaticko-syntaktických pravidel většinou nedaří bez názorného materiálu a pomocných přehledů. I z pohledu motivace je využití největšího nutného množství názorných pomůcek lepší než důsledně trvat na mechanickém memorování gramatických struktur. V současné době existuje celá řada elektronických pomůcek, které jsou nejen výukové ale i zábavné.

Pro úpravu výslovnosti lze využít podobného modelu jako u dyslalie, který však bude rozfázován do menších kroků. Na rozdíl od dyslalie také bere terapeut v potaz spíše možnosti dítěte a neklade takový důraz na vývojovost. Specifikem u dětí s dysfázií je, že

bývá často samotné vyvozování hlásek nepříliš úspěšné, ale ty hlásky, které činily obtíže, se v běžné řeči náhodně objevují (Kutálková 2011, s. 170).

3.3 Vzdělávání dětí se specificky narušeným vývojem řeči v předškolním věku

V současné době existuje kromě tradičního vzdělávacího proudu mnoho možností k výběru alternativních přístupů k výchově a vzdělávání dětí předškolního i školního věku. Vzhledem k zaměření této bakalářské práce jsou dále uvedeny možnosti vzdělávání pouze pro děti předškolního věku.

V posledních několika desetiletích, výrazněji od 90. let 20. století, se projevuje a čím dál více také uskutečňuje snaha o přeměnu dosavadního vnímání osob s různým druhem postižení. Tento trend se v oblasti výchovy a vzdělávání označuje termíny integrace či inkluze. V historii péče o osoby s postižením se vyskytují různé přístupy (dle Slowíka (2007) např. represivní, charitativní, segregáční). Na rozdíl od přístupů minulých je současný pohled zaměřen na člověka jako na plnohodnotného člena společnosti, nikoli na komplikaci, se kterou je nutné se nějak vypořádat. Inkluzivní přístup charakterizuje Slowík (2007, s. 14 a s. 32) jako: „*přirozené začleňování handicapovaných osob do běžné společnosti (resp. jejich nevyčleňování z běžné populace)*.“ Samotný pojem „inkluze“ pak definuje jako „*nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení*.“ V souvislosti s aktuálním stavem společnosti je inkluze často spojována s výrazem „ideál budoucnosti“, k němuž směřujeme prostřednictvím integrace. Termínem „integrace“ ve spojitosti se vzděláváním označujeme individuální zařazování dítěte s různým druhem a stupněm postižení do běžných škol či do speciálních tříd zřízených při běžných školách. Opakem tohoto typu vzdělávání je zařazení takového dítěte do speciální školy, která je zřízena přímo pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Z důvodu povinnosti dítěte navštěvovat poslední předškolní rok (před zahájením základního vzdělávání) vzdělávací zařízení (školský zákon, povinnost od 1. září 2017) je následující kapitola věnována základním možnostem při výběru konkrétního zařízení.

3.3.1 Možnosti vzdělávání dětí se specificky narušeným vývojem řeči

Trend integrace dětí s narušenou komunikační schopností se projevuje už od předškolního věku. Legislativní ukotvení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi něž patří rovněž děti s narušenou komunikační schopností, prochází od roku 2016 změnami. Dne 1. 1. 2018 vešla v účinnost vyhláška č. 416/2017, kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných vztahující se ke školskému zákonu – zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Pojmem „žák se speciálními vzdělávacími potřebami“ (dále SVP) se dle školského zákona §16 odst. 1 rozumí *„osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.“* Pro tyto děti, mezi které se řadí i dítě se specificky narušeným vývojem řeči („závažná vada řeči“), stát umožňuje dle §16 odst. 9 zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny.

Z aktuální legislativy tedy vyplývá, že dítě s vývojovou dysfázií může v rámci předškolního vzdělávání navštěvovat běžnou mateřskou školu a podle závažnosti poruchy mu budou dle doporučení školského poradenského zařízení poskytnuta náležitá podpůrná opatření. Pokud by samotná podpůrná opatření nestačila k naplnění vzdělávacích možností a k uplatnění práva dítěte na vzdělání (§16 odst. 9 školského zákona), lze zvolit některou z dalších variant: speciální mateřskou školu – obecně pro děti s SVP či konkrétně mateřskou školu logopedickou; běžnou mateřskou školu s integrovanou speciální či logopedickou třídou. V Praze lze v současnosti zvolit z poměrně velkého výběru mateřských škol logopedických, např. MŠ logopedická v Sasankové ulici či MŠ logopedická při Církevní ZŠ logopedické Don Bosco.

4 Výzkumné šetření

Druhá část bakalářské práce se zabývá zařazením dítěte s vývojovou dysfázií v předškolním věku do hlavního vzdělávacího proudu. Praktická část je pojata jako případová studie a v následujících několika podkapitolách je podrobně popsán postup výzkumného šetření. Nejprve jsou uvedeny konkrétní cíle výzkumu, na které navazuje část metodologie. V této podkapitole jsou rozebrány metody sběru dat a způsob jejich následné analýzy. Dále jsou definována kritéria pro hodnocení dat z pozorování. Následuje podkapitola charakterizující výzkumné prostředí, tedy všeobecný popis běžné mateřské školy, a výzkumný vzorek. Tato část byla pro přehlednost rozdělena na rodinnou, osobní a školní anamnézu, kde jsou uvedeny informace zjištěné během vlastního šetření. Další podkapitola obsahuje rozbor postupu při pozorování, popis jednotlivých úseků a na závěr vyhodnocení výsledků. Následuje výčet identifikovaných symptomů na konkrétním dítěti s vývojovou dysfázií. V závěru kapitoly jsou srovnány výhody a nevýhody inkluze rovněž aplikované na konkrétní případ.

4.1 Cíle výzkumu

Výzkumné šetření je kvalitativního charakteru. Bylo zpracováno jako případová studie dítěte. Za cíle výzkumu byly zvoleny následující:

- 1) Identifikovat symptomy vývojové dysfázie na konkrétním dítěti.
- 2) Analyzovat schopnost dítěte s vývojovou dysfázií participovat na řízených činnostech v kolektivu běžné třídy mateřské školy.
- 3) Porovnat výhody a nevýhody zařazení dítěte s vývojovou dysfázií do běžné MŠ.

4.2 Metodologie

V šetření byly využity metody rozhovoru, analýzy lékařské dokumentace a pozorování (Hendl 2016).

Sběr dat probíhal prostřednictvím rozhovoru s matkou dívky. K místu konání rozhovoru byl po domluvě s matkou zvolen byt rodiny, aby se předešlo rušivým vlivům cizího prostředí a aby bylo dosaženo přirozeně uvolněné atmosféry. Pro setkání nebyl vymezen přesný čas, tudíž byl eliminován stres z nedostatku času pro realizaci rozhovoru.

Před zahájením rozhovoru byla matka seznámena s průběhem, metodami a cílem výzkumného šetření. Svým podpisem informovaného souhlasu potvrdila, že předloženým informacím rozumí, během výzkumu se na autorku může obrátit s případnými dotazy a bez udání důvodu a jakýchkoli sankcí může od šetření kdykoliv odstoupit. Součástí podepsaného dokumentu byl také udělen souhlas k využití dostupných lékařských zpráv a k nahlédnutí do složky dítěte vedené v mateřské škole. V této souvislosti se autorka zavázala k zachování anonymity z důvodu ochrany osobních údajů, v důsledku čehož bude v této práci dívka zmiňována pod přiděleným jménem Eliška.

Rozhovor s matkou byl zaznamenán na nahrávací zařízení, záznam byl následně převeden do elektronické písemné formy. K dispozici byly poskytnuty odborné zprávy z logopedického, neurologického, foniatrického a psychologického vyšetření. Po důkladné analýze lékařské dokumentace doplněné informacemi z rozhovoru byl zpracován profil dítěte, přesněji rodinná a osobní anamnéza.

V další fázi šetření bylo po domluvě s ředitelkou MŠ využito přímého pozorování výzkumného vzorku v prostředí mateřské školy. V rámci pozorování proběhlo několik návštěv v období dubna až června během posledního předškolního ročníku v mateřské škole. Cílem pozorování bylo na základě dříve získaných informací o dívce identifikovat symptomy vývojové dysfázie a zároveň určit, v jaké míře je dívka schopna participovat na aktivitách v kolektivu třídy. Pro zaznamenání poznatků z pozorování byl vytvořen záznamový arch, jenž byl rozdělen na konkrétní úseky denního programu mateřské školy. Pro rozdělení programu bylo po konzultaci s třídní učitelkou zvoleno těchto šest úseků: *ranní kruh, svačina a oběd, řízená činnost, pobyt venku či v tělocvičně, odpočinek a hra s vrstevníky*.

Během konkrétních úseků programu byly zaznamenány pokyny pedagoga ke kolektivu třídy či přímo cílené na Elišku a v této souvislosti byla vyhodnocena reakce dívky na pokyn. Kritériem pro hodnocení, s jakou mírou samostatnosti byl pokyn splněn, byla vytvořena třístupňová, respektive čtyřstupňová škála, která dělila plnění na: *samostatné, s pomocí (aktivní či pasivní) a na nesplnění pokynu* (více viz. Pozorování).

V průběhu pozorování třídní pedagožka ochotně zodpovídala veškeré mé dotazy. Kromě hodnocení řešení pokynů byla součástí pozorování rovněž analýza sociální

interakce Elišky s vrstevníky a pedagogy, dále míra samostatnosti při úkonech sebeobsluhy a stolování.

Druh pozorování je tímto určen jako zúčastněný, jelikož kolektiv třídy včetně dívky samotné vyhledával kontakt s pozorovatelkou. Tento způsob mimo bližšího poznání výzkumného subjektu umožnil taktéž zachytit velmi cenný kontext situací a atmosféru třídy.

Po ukončení etapy sběru dat byly záznamové archy vyhodnoceny prostřednictvím stanovené škály. Se souhlasem ředitelky mateřské školy bylo nahlédnuto do Eliščiny složky, jež obsahovala výtvarnou tvorbu a diagnostický arch, což posloužilo jako další významný podkladový materiál k vytvoření komplexního profilu školní anamnézy dítěte.

Na základě získaných dat byla z celkového počtu zaznamenaných pokynů analyzována stovka konkrétních reakcí. Dle jejich rozložení na hodnotící škále byla vyhodnocena míra Eliščiny schopnosti podílet se na organizovaném programu v MŠ. Pozorování dále umožnilo identifikovat symptomy vývojové dysfázie na konkrétním případě. Výsledkem šetření je srovnání výhod a nevýhod inkluze, rovněž aplikované na případ Elišky.

4.3 Charakteristika výzkumného prostředí a vzorku

Výzkumné šetření bylo provedeno v běžné mateřské škole na Praze 3. Budova je umístěna na pozemku s vlastní zahradou a v nedávné době prošla rekonstrukcí, nyní disponuje prostornou tělocvičnou a je velmi dobře vybavena a přizpůsobena funkci mateřské školy.

V mateřské škole jsou vedeny celkem čtyři třídy, dvě běžné a dvě mikrotřídy zřízené pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. V běžných třídách (většinou u starších dětí a předškoláků) jsou zařazeny děti s vývojovou dysfázií, s Downovým syndromem, s poruchami autistického spektra a s poruchami pozornosti. Ve speciálních i v běžných třídách je přítomno několik asistentů pedagoga. Předškolní třída, do níž docházela Eliška, je v budově nejprostornější, je rozdělena na dvě části, z nichž v každé je dostavěno dřevěné hrací patro. Uspořádání třídy tak nabízí rozmanité možnosti využití a její vybavení je uzpůsobeno věku a potřebám dětí.

Výzkumný vzorek představuje dívka, které v době počátku výzkumu bylo 6 let a 8 měsíců a docházela do předškolní třídy běžné mateřské školy. Z důvodu ochrany osobních údajů je dívka zmiňována pod jménem Eliška.

4.3.1 Rodinná a osobní anamnéza

Rodinná anamnéza

Eliška je třetím, nejmladším dítětem v rodině. Její starší sestra (26 let) a bratr (17 let) pocházejí z prvního manželství matky. S bývalým manželem a jeho rodinou udržují velmi dobrý vztah a vídají se velmi často. Otec Elišky (druhý manžel matky) bohužel v roce 2015 zemřel na onkologické onemocnění. Matka nyní žije s novým partnerem a Eliška s ním taktéž navázala přátelský vztah. Žijí ve společné domácnosti s Eliščiným starším bratrem. V rodině nebyla zjištěna vada řeči, která by pro tento výzkum hrála roli.

Osobní anamnéza

Zdravotní anamnéza Elišky byla získána na základě analýzy lékařské dokumentace z odborných vyšetření poskytnutých matkou. Doplňující informace k vývoji dívky matka poskytla během rozhovoru.

Během těhotenství matky nedocházelo k žádným komplikacím. V řádném termínu se dostavila k porodu. Porod byl klasifikován jako protrahovaný, ale jinak perinatálně bez komplikací. Matka uvedla, že po pozdější konzultaci lékařka potvrdila, že v této době pravděpodobně mohlo dojít k difúznímu poškození mozku dítěte z důvodu jeho nedokysličení. Definitivní příčinu vzniku vývojové dysfázie u dítěte ovšem není možné přesně stanovit. Eliška nadále prospívala, byla očkována a neprodělala žádné operace či úrazy, neprojevil se žádné alergie. Z hlediska psychomotorického vývoje vše probíhalo bez obtíží, dívka začala chodit ve 14 měsících, zprvu však hodně po špičkách, což se v průběhu času zlepšilo. Svalový tonus byl v normě a neurologický náleznegativní. Jemná motorika odpovídala věku. Z důvodu opoždění řečového vývoje a emoční instability (úzký kontakt s matkou, afekty v přítomnosti lékaře) bylo matce doporučeno psychologické a foniatrické vyšetření.

Na *foniatickém vyšetření*, které bylo provedeno ve věku 2 let a 8 měsíců, byla vyloučena vada sluchu. Naopak bylo potvrzeno opoždění vývoje řeči, nejspíše centrální etiologie. V době vyšetření odpovídala aktivní složka řeči 15 měsícům, aktivní slovník obsahoval cca 11 slov, ale spíše se jednalo o melodické zvuky připomínající slova. Eliška v té době slyšela dobře, znala písničky a broukala si, hrála s mluvidly, ale neopakovala.

Psychologické vyšetření potvrdilo nerovnoměrný psychický vývoj s výrazným opožděním ve vývoji řeči (aktivní složka odpovídající 15 měsícům), neverbální složka se jevila orientačně v normě. Pro plachost a držení úzkého kontaktu s matkou byla potvrzena i nezralost v emoční a sociální oblasti. Matce byl doporučen vhodný způsob stimulace vývoje a prozatím nebylo doporučeno umístění Elišky do mateřské školy.

Závěrem *pediatrického vyšetření* ve věku 3 let byla Elišce diagnostikována vývojová dysfázie expresivní spojená s emoční a sociální nezralostí. Matce bylo doporučeno sledování dětským psychologem. Pro podporu vývoje (konkrétně zrání CNS) bylo navrženo užívání EYEQ, případně Nootropilu. V rámci rozvoje emoční a sociální oblasti byl dále matce navržen ozdravný pobyt.

Po absolvování pobytu znovu proběhlo foniatické a psychologické vyšetření. Ze zprávy z foniatrye vyplývá, že pobyt pozitivně zapůsobil na sociální a řečový vývoj. Eliška jevila větší zájem o komunikaci, snažila se komentovat to, co vidí, a říkat, co chce. Negativismus a plachost se stále projevoval při drobném neúspěchu, kdy se dívka stáhla k matce a začala plakat. V závěru zprávy se lékař přiklání spíše k dysfatickému vývoji a doporučuje zařazení do MŠ pro děti s poruchami řeči.

V další fázi diagnostiky zkomplikoval situaci zdravotní stav matky. V období nutných lékařských vyšetření byla matce zjištěna leukémie a během léta před a při nástupu Elišky do mateřské školy byla matka hospitalizována z důvodu chemoterapie. V této době byla dívka především v péči tety a dalších rodinných příslušníků, ovšem dá se předpokládat narušení emocionálního prožívání a zvýšená hladina stresu u dítěte, což by se mohlo později projevit. Psychologické vyšetření s Eliškou absolvoval otec, ovšem pro nespolečnou spolupráci dívky s psychologem se výsledky daly pouze odhadovat. Zpráva však zohledňuje nepříznivou rodinnou situaci a zdůrazňuje dívčiny rozpaky a stres při

navazování kontaktu s cizím člověkem. Shodně s foniatrem doporučuje zařazení do speciální mateřské školy s menším počtem dětí.

Při výběru předškolního zařízení byla zvolena speciální třída při běžné mateřské škole. Pro Elišku byl vypracován Individuální vzdělávací plán zdůrazňující podporu v oblasti komunikace (v její expresivní i receptivní složce) a sociálního začlenění (zejména kvůli fixaci na rodinu z důvodu matčiny nemoci).

Pro podporu rozvoje osobnosti byla rovněž doporučena logopedická péče. První pokus o spolupráci s klinickým logopedem nebyl úspěšný, jelikož dívka odmítala navázat vztah s osobou v lékařském oděvu. S odstupem několika měsíců byla kontaktována jiná logopedická ambulance, kam dívka dochází pravidelně dodnes. Na základě logopedické diagnostiky byl Elišce stanoven kromě vývojové dysfázie ještě elektivní mutismus.

4.3.2 Školní anamnéza

Jak bylo zmíněno v předchozí části, Eliška započala školní docházku v běžné mateřské škole na podzim roku 2015, kde byla umístěna do mikrotřídy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Na základě IVP jí byla poskytována speciálně-pedagogická podpora. Mikrotřída s kapacitou deseti dětí společně s Eliškou navštěvovaly rovněž další děti s vývojovou dysfázií, s poruchami autistického spektra a s jinak narušenou komunikační schopností.

Na počátku byla Eliška bázlivá a stydlivá, projevovala nejistotu z důvodu snížené schopnosti porozumění a při odloučení od rodiny. Ztížené adaptační podmínky se odrážely i v nelehké rodinné situaci. Přes veškeré překážky však tyto stavy začaly postupně ustupovat a Eliška se začala poměrně dobře přizpůsobovat novému prostředí a kolektivu. Její stav se zlepšil po návratu matky po hospitalizaci. Naopak se vše začalo opět zhoršovat během období onemocnění a smrti otce. Kupodivu však reakce na tuto událost nepřetrvávala příliš dlouho, v tomto ohledu se pravděpodobně projevila emocionální nevyzrálost.

Během prvního roku ve speciální třídě docházela Eliška do MŠ pouze čtyři dny v týdnu. Po konzultaci s ředitelkou MŠ a pracovníky Speciálně pedagogického centra (SPC) byl matce doporučen odklad školní docházky a navrženo zařazení do běžné třídy

během následujícího předškolního roku. Za nevýhodu speciální třídy byla považována nedostatečná motivace a stimulace v oblasti řečového vývoje ze strany vrstevníků. Naopak rizikem inkluze byl nový kolektiv a zároveň vyšší kapacita běžné třídy, rychlejší pracovní tempo a noví pedagogičtí pracovníci. Přesto byla matka rozhodnuta podstoupit rizika a zvolila zařazení do běžné třídy s cílem podpořit Eliščin rozvoj.

Speciálně-pedagogická podpora byla zajištěna pedagogickými pracovníky ve třídě metodou individuální terapie. Na základě vytvořeného individuálního plánu šlo o podporu v oblastech komunikace a sociální interakce, myšlení a grafomotoriky. Pro rozvoj porozumění plnila Eliška cvičení typu přiřazování slov k obrázkům, tvoření vět podle vizuálního podkladu, rozpoznávání zdroje zvuku nebo orientace v říkankách s opakováním (vždy zadáno s ujištěním, zda všemu rozumí). Pro podporu expresivní složky řeči sloužila cvičení na koordinaci orofaciálního svalstva, vyslovování slov po slabikách s vytleskáváním, opakování zvuků, jednoduchých písniček a básniček. Přitom byl kladen důraz na oční kontakt. V oblasti rozvoje sociální oblasti se postupovalo od navození pocitu bezpečí a příjemné atmosféry, přes snahu omezit hračky přinesené z domova až po podporu kolektivních aktivit a her. Při interakci s vrstevníky byl pedagogický pracovník k dispozici pro pomoc s porozuměním. V rámci individuálního nácviku šlo především o práci s emocemi opět s vizuálními podklady. Z hlediska rozvoje myšlení se jednalo spíše o trénink paměti prostřednictvím častého opakování a ověřování Eliščiny schopnosti porozumění. V oblasti grafomotoriky bylo dbáno zejména na správný úchop a uvolňovací cvičení.

I přes individuální přístup a podporu v rozvoji uvedených oblastí se varianta inkluze ani později nejevila, z pohledu pedagogických pracovníků, plně úspěšná. Stupeň závažnosti vývojové dysfázie u Elišky neumožňoval plnohodnotné samostatné zapojení do kolektivních aktivit. Naopak z pohledu socializace bylo možné hodnotit vztahy Elišky s vrstevníky pozitivně. Z důvodu přetrvávajících obtíží v oblasti porozumění byla však Eliška často zastížena „ve vlastním světě“ a její emocionální nevyzrálost se projevovала stereotypními hrami, občas infantilního charakteru.

Z tohoto důvodu matka Elišky po konzultaci s pracovníky SPC zamítla vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu. Na základě doporučení z SPC, od klinického logopeda a z MŠ byla Eliška zapsána na ZŠ logopedickou.

4.4 Pozorování

Pro doplnění informací obsažených v lékařských zprávách a získaných během rozhovoru s matkou dívky byla zvolena metoda pozorování. S ohledem na charakter výzkumného prostředí a zájmu dětského kolektivu probíhalo pozorování jako přímé a zúčastněné. Cílem pozorování bylo identifikovat symptomy vývojové dysfázie na konkrétním případě – u Elišky – a dále zhodnotit schopnost dítěte s dysfázií participovat na aktivitách v běžné třídě. Dále je uveden postup, jak bylo pozorování realizováno.

Pro rozdělení denního programu byly zvoleny tyto úseky:

- 1) ranní kruh,
- 2) svačina a oběd,
- 3) řízená činnost,
- 4) pobyt venku či v tělocvičně,
- 5) odpočinek a
- 6) hra s vrstevníky.

Jako kritéria pro plnění pokynů pedagoga byla vytvořena následující škála:

- A. samostatné splnění pokynu,
- B. splnění pokynu s pomocí:
 - a. s pasivní pomocí nebo
 - b. s aktivní pomocí,
- C. nesplnění pokynu.

Během jednotlivých úseků programu byly zaznamenány pokyny pedagogického pracovníka, které byly pro přehlednost rozděleny na skupinové a individuální. Skupinové pokyny zahrnují úkoly cílené na celý třídní kolektiv. Pro vyhodnocení je nutné odlišit je od individuálních pokynů, kterými byla pověřena sama Eliška. Vzhledem k narušení v oblasti jejího porozumění je přínosné odlišit orientaci na základě chování ostatních vrstevníků. Pro tyto případy, kdy pokyny splnila podle vzoru ostatních, byla vytvořena podkategorie „splnění pokynu s pasivní pomocí“ (B.a.). Druhá podkategorie „splnění pokynu s aktivní pomocí“ (B.b.) zahrnuje reakce dívky, kdy splnění pokynu vyžadovalo individuální zásah pedagoga. Jako případy odpovídající kategorii „samostatné splnění pokynu“ (A) byly zvoleny pouze ty reakce, u kterých neproběhla žádná pomoc pedagoga

ani okolí. V případě „nesplnění pokynu“ (C) dívka ani po zásahu ze strany pedagoga či vrstevníků nebyla schopna úkol vykonat. Pro vyhodnocení nejsou brány v potaz individuální základní kázeňské pokyny, typu napomenutí „Nedělej to!“ nebo „Nezlob!“ apod.

4.4.1 Úseky programu

Níže jsou uvedeny a popsány činnosti v jednotlivých úsecích programu s konkrétními příklady aktivit.

1) Ranní kruh je první organizovanou činností, která se odehrává denně, když se děti sejdou ve třídě. Kolektiv se usadí do kroužku na zemi a v rámci úvodu do každého dne probíhá „ranní rituál“ – vybrané dítě, které má službu, má za úkol znázornit na tabuli, který den v týdnu zrovna je, jeho přesné datum a aktuální počasí (ostatní děti pomáhají). Během dne má služba také za úkol svolat děti při odchodu z jídelny nebo z venkovního hřiště. Kromě volby služby během ranního rituálu probíhají různé hry a činnosti rozvíjející komunikaci (např. sdílení zážitků z víkendu apod.).

Příklad aktivity – hra na mrkanou

Jedno z dětí odejde za dveře a ostatní v kroužku zvolí jednoho z nich, kdo bude postupně mrkat tajně na ostatní. Na koho dotyčný mrkne, ten si místo sedu lehne. Principem hry je, aby dítě, které bylo za dveřmi, uhodlo, kdo mrká na ostatní. Pokud na to nepřijde do té doby, než všichni budou ležet, prohrálo. Eliška dostala roli mrkajícího. Přestože jí pravidla byla vysvětlena s ohledem na její poruchu porozumění a ona potvrdila, že svůj úkol pochopila, po chvíli přestala na ostatní mrkat a zapoměla na svou roli. Hra se tudíž nedala dohrát (hodnoceno jako C – nesplnění pokynu)

2) Svačina a oběd zahrnuje nástup do koupelny na umytí rukou, přesun do jídelny, vyzvednutí jídla, schopnost ho samostatně zkonzumovat, vrácení použitého nádobí a odchod z jídelny. Při odchodu z jídelny služba dne vyvolává postupně děti, aby se seřadili k odchodu. Během tohoto úseku je mimo jiné hodnocena i schopnost sebeobsluhy (hygiena, zacházení s příborem).

3) Řízená činnost probíhá denně v souladu se Školním vzdělávacím programem. V době pozorování se většinou jednalo o tematicky zaměřenou tvůrčí činnost (např. práce s vodovkami, pastelkami, vystřihování atd.) či skupinovou práci, např. s knížkami o přírodě a zvířatech.

Příklad aktivity – výkres

V rámci dlouhodobého projektu tvorby vlastní „knížky“ mělo každé dítě za úkol nakreslit na papír o velikosti A4 svou rodinu. Kvůli předešlým výtvorům bylo vyžadováno, aby i tentokrát byla stránka orientovaná na šířku. Při plnění této části pokynu měla Eliška obtíže, jelikož pojem „na šířku“ jí nic neříkal. Po individuální pomoci pokyn splnila (hodnoceno jako B.b.). Poté nakreslila sebe jako princeznu (s korunkou a hůlkou). Následně jí bylo zopakováno, že neměla kreslit jen sebe, ale i rodinu. Vedle sebe dokreslila pouze matku (rovněž hodnoceno jako B.b.). Z důvodu složité rodinné situace nebyl k nakreslení požadován další člen rodiny.

4) Pobyt venku či v tělocvičně se střídal podle aktuálního počasí. MŠ má vlastní zahradu s pískovištěm, prolézačkami a houpačkami. Při pobytu na zahradě mají děti volno, jejich činnost není nijak organizována, ale samozřejmě jsou pod dohledem pedagogického pracovníka. Plnění pokynů v tomto úseku zahrnuje spíše kolektivní úklid při návratu do budovy. Mimo těch jde o individuální pokyny, zejména v případech, kdy konkrétní dítě zlobí. Druhou variantou individuálních pokynů je opět svolávání dětí službou dne. Naopak aktivity provozované v tělocvičně jsou organizované, kromě cvičení zde probíhají různé pohybové a míčové hry, často je využíván hudební doprovod.

Příklad aktivity - hra na auta

Princip hry spočíval ve změnách rychlosti chůze až běhu podle pokynu pedagoga. Bylo stanoveno pět rychlostí – 1 jako nejpomalejší a 5 jako nejrychlejší – a děti měly své tempo pohybu přizpůsobit zadané rychlosti. Eliška pravidla hry ve slovním podání zjevně nepochopila, protože svou činnost nejprve přizpůsobovala vzoru svého okolí. Vzhledem k tomu, že hru děti nehrály prvně, zorientovala se poměrně rychle (hodnoceno jako splnění s pasivní pomocí B.a.).

5) K odpočinku po obědě u dětí v posledním předškolním roce není vyžadováno převlékání do pyžam. Děti si pouze po obědě vyčistí zuby a nachystají si matrace s vlastním polštářem. Poté některý z pedagogů čte pohádku a děti mají v tichosti odpočívat a poslouchat. Většina dětí neusíná, po určité době si mohou jít na požádání hrát či kreslit do druhé místnosti. Tato část programu neobsahuje velké množství pokynů. Kromě kolektivních pokynů k čištění zubů a přípravě třídy k odpočinku se jedná spíše o individuální napomínání pro udržení klidu.

6) Hra s vrstevníky je označení pro různé části dne, kdy neprobíhá organizovaná činnost (ráno po příchodu do třídy, po dokončení dopoledního programu, po odpočinku). V tomto úseku byla cílem pozorování spíše schopnost komunikace s vrstevníky a způsob trávení volného času. O pokyny ze strany pedagogického pracovníka v tomto případě šlo pouze výjimečně.

Příklad aktivity – Člověče, nezlob se

Eliška spolu s dalšími čtyřmi dětmi hrála Člověče, nezlob se. K vysvětlení pravidel došlo ze strany pedagoga pouze okrajově, jelikož hra byla známá z předchozích zkušeností dětí. Pro nadbytečný počet hráčů se Eliška střídala s kamarádkou a pravidla hry jí nečinila žádné obtíže (hodnoceno jako splnění pokynu A).

4.4.2 Vyhodnocení výsledků pozorování

Z celkového množství pedagogických pokynů bylo pro vyhodnocení schopnosti participovat na aktivitách během programu v třídním kolektivu vybráno 100 pokynů. Do tohoto výběru byly přednostně zvoleny ty, které se z celkového počtu pokynů objevovaly nejméně často. Důvodem k užšímu výběru je fakt, že při častém opakování stejných pokynů (např. „jděte si umýt ruce“) dochází k paměťové fixaci a vytvoření adekvátní reakce na základě předchozích zkušeností. Pro účely tohoto šetření mají větší význam naopak takové pokyny, na které dotyčná dívka nemá naučenou reakci.

<i>Hodnocení</i>	<i>Počet</i>
<i>A. Splněno</i>	41
<i>B. Splněno s pomocí</i>	44
<i>a. s pasivní pomocí</i>	32
<i>b. s aktivní pomocí</i>	12
<i>C. Nesplněno</i>	15

Tabulka 1- Výsledky pozorování

Uvedená tabulka znázorňuje vyhodnocení výsledků z části pozorování. Nejvyšší počet pokynů spadá do kategorie B. Splněno s pomocí (44). Ve většině případů se jednalo o kolektivní pokyny, kupříkladu: „*Zvedněte jednu nohu.*“ „*Pojďte se napít.*“ „*Vezměte si každý svůj papír.*“. Z tohoto důvodu není příliš překvapivé, že větší část z celkového počtu zaujímají pokyny z kategorie B.a. Splněné s pasivní pomocí (32), jelikož dívka při pocitu nejistoty mohla jednat podle vzoru okolí. Pro podkategorii B.b. Splněno s aktivní pomocí (12) byl kritériem zásah pedagoga. Zejména šlo o složitější pokyny, které byly náročnější na porozumění, např.: „*Zajdi do skříně a přines barevné papíry a krabici s nůžkami.*“ nebo již výše zmiňovaný pokyn „*Otočíte si papír na šířku a nakreslíte každý svou rodinu.*“

Druhou nejpočetnější byla vyhodnocena kategorie A. Splněno. Je nutné ovšem zdůraznit, že v tomto případě šlo téměř výhradně o pokyny, které jsou typické pro danou situaci, ať už o kolektivní či individuální, například: „*Běž si umýt pusu, máš ji od sýru.*“ „*Vezmi si čepici.*“ „*Zastrčte židličky.*“ „*Podej mi svůj obrázek.*“.

V kategorii C. Nesplněno zbývají pokyny, které jsou zpravidla kolektivní a zároveň komplexnější než ty z ostatních kategorií. Pro jejich realizaci by v případě Elišky bylo třeba více času a individuální specifikace činnosti, která je konkrétně od ní vyžadována. Z pozorování také vyplynulo, že při zadávání pokynů významnou roli hraje zaměření pozornosti. Bez upozornění, že „*teď se bude něco vysvětlovat*“, Eliška většinou věnovala svou pozornost něčemu jinému a začátek (někdy i větší část) sdělení nezaznamenala.

Identifikace symptomů vývojové dysfázie během pozorování

Jedním z cílů pozorování byla rovněž identifikace symptomů vývojové dysfázie u dívky podle informací získaných z lékařské dokumentace a rozhovoru s matkou a pedagogy.

U Elišky je nejvíce patrná porucha v oblasti komunikace. Z pohledu řečové produkce je narušena především formální stránka řeči, gramatické struktury a syntax. Výslovnost některých hlásek (zejména sykavky, dvojice K-T či L-R) činí obtíže především u slov, kde se daná hláska nachází uprostřed. Naopak se dívka s radostí chlubí, že se naučila říkat Ř. Poměrně často v řeči dochází ke specifickému komolení delších slov a k vynechávání slabik, např. „*Umiš nakreslit houkiki?*“ (houkiki = Hello Kitty). Kromě uvedených byly zjištěny i další specifické odchylky, které jsou pro dysfázii typické. Jde o snížený jazykový cit a schopnost orientace v časových a osobních údajích. Dívka při dotazu na datum narozenin odpověděla: „*V létě... jestli ted' jsou prázdniny, tak je budu mít.*“ Z hlediska prostorové orientace Eliška rovněž většinou nebyla schopna slovně popsat místo, které má na mysli. Např. s otázkou „*Už víš, kam budeš chodit do školy?*“ si neuměla poradit, přestože už se tam byla několikrát podívat. Při pomocných otázkách typu „*Je to ta škola hned tady vedle školky?*“ alespoň reagovala, že ne, a dále zmínila, že: „*Ona je i daleko.*“ Problémy při popisu konkrétních míst potvrdila jak pedagožka, tak matka Elišky během rozhovoru (je ale nutné přihlédnout k faktu, že je Eliška limitována v popisu tím, že všude jezdí autem a příliš po městě nechodí pěšky). Dále se jedná o nedostatky při skloňování a časování ohebných slovních druhů, především ve spojitosti s předložkami. Specifikem je také snížená schopnost odlišit obecný pojem od vlastního jména, např. „*Babička má Husky.*“ „*A jak se jmenuje?*“ „*Cože?*“ „*Jak se ten pejsek jmenuje?*“ „*No Husky a kočku Anželínu.*“ Dalším pozorovaným projevem typickým pro dysfázii je gramaticky nesprávné vyjádření času a záporu ve větě, i když se tento jev nedá generalizovat. V mnoha případech totiž proběhla tvorba věty zcela správně. S řečovou produkcí je úzce spjata i slovní zásoba. V tomto ohledu je patrné, že aktivní slovník zaostává za pasivním, jelikož dívka při tvorbě vět evidentně dlouho hledá slova v paměti. Tyto nedostatky se rovněž odrážejí i ve schopnosti porozumění.

Ve spojitosti s porozuměním bylo dále patrné zejména narušení v oblasti krátkodobé paměti – při vysvětlování pravidel hry se projevila jak snížená schopnost porozumění, tak i zapamatování si souboru více pokynů najednou. Pravděpodobně by plnění řečených pravidel bylo úspěšnější, pokud by byly vysvětlovány postupně či v průběhu hry. Významným faktorem je také již výše uvedená nestálost pozornosti. Během různých úseků programu bylo upozorováno, že Eliška se často ocitá ve vlastním světě nebo že její pozornost během určitých činností kolísá. Během interakce s okolím (a tedy i při zadávání pokynů) jsou na pozornost kladeny větší nároky. Vzhledem k narušení centrálního zpracování akustického signálu ve spojitosti s koncentrací pozornosti dochází občas k časové prodlevě, která znemožňuje přijmout potřebné informace ke splnění pokynů.

Naopak pozitivním zjištěním bylo, že Eliška nemá problém se zeptat nebo požádat o pomoc v situaci, kdy něčemu nerozumí nebo jí něco nejde provést. Ve srovnání se zprávami z různých vyšetření došlo evidentně k velkému pokroku, jelikož během celého pozorování nenastala situace, kdy by Eliška plakala nebo se vztekala z důvodu neúspěchu. S uvedeným zjištěním totiž souvisejí deficity v emocionální oblasti. Z tohoto hlediska byla u dívky patrná nejistota při řešení drobných konfliktů s ostatními dětmi nebo chybějící obranná reakce při sporu o hračky. Při hádkách ostatních dětí si občas přikrývá uši. Na druhou stranu Eliščin chování v prostředí MŠ je jinak samostatné, ráno při příchodu nejeví známky negativní reakce na odloučení od rodiny. Rovněž přizpůsobivost je pravděpodobně na lepší úrovni než dříve, jelikož nebyla zaznamenána situace, kdy by byla zjevná neochota opustit aktuální činnost kvůli organizované aktivitě.

V oblasti motoriky nebyly upozorovány signifikantní nedostatky. Hrubá motorika – koordinace pohybů a rovnováha – se během pohybových her a při pobytu venku zdála být přiměřená věku. Z pohledu jemné motoriky – při zapínání zipu či knoflíků na oblečení, při manipulaci s drobnými hračkami – rovněž nebyly upozorovány deficity. Pouze oblast grafomotoriky byla v souvislosti s kresbou lehce narušena (držení tužky, přesnost pohybů po papíře). Přesto je však ve srovnání s Eliščinými výkresy z předchozího půl roku patrný velký pokrok směrem k reálnějším podobám postav a obecně v technice kreslení. Tento poznatek potvrdila i třídní pedagožka, která se také domnívá, že Eliška v tomto předškolním roce (vzhledem k jejímu vývojovému opoždění

zhruba o dva roky) vykazuje významný pokrok i v ostatních oblastech kromě grafomotoriky. Její sdělení potvrzuje i Eliščin diagnostický záznamový arch.

V rámci sociální interakce bylo zjištěno, že do organizovaných kolektivních aktivit se Eliška příliš nezapojuje, naopak spíše přihlíží tomu, co dělají ostatní. Z množství situací, kdy byl tento jev pozorován, se dá vyvodit, že aktivní spoluúčast na těchto aktivitách vyžaduje perfektní porozumění zadání a schopnost prosadit se, což bohužel Eliščiným schopnostem neodpovídá. Kromě toho je zřejmé, že pracovní tempo intaktních dětí je pro dítě s vývojovou dysfázií příliš rychlé a chaotické (závěr z pozorování nejen Elišky ale i jiného chlapce s dysfázií v této třídě). Naopak z pohledu navazování kontaktu s vrstevníky byla od první chvíle zřejmá lehká fixace (nutno zdůraznit, že vzájemná) na jednu z dívek, se kterou trávila v MŠ většinu času. Ovšem s ohledem na přátelství dívčinych rodičů s matkou Elišky je běžné, že se i děvčata spolu ráda baví i v MŠ. V nepřítomnosti nejlepší kamarádky Eliška rovněž bez problému navazuje kontakt s několika dalšími děvčaty, které se občas střídají v jejich sociální skupině. Interakci s ostatními dětmi ze třídy běžně Eliška nevyhledává.

4.5 Závěry šetření a srovnání výhod a nevýhod zařazení dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do běžného vzdělávacího proudu

Z vyhodnocených dat získaných z pozorování vyplývá, že proces inkluze ovlivňuje celá řada faktorů, a to ze strany samotného dítěte i ze strany jeho okolí. Výše uvedené výsledky výzkumu vypovídají o závislosti schopnosti dítěte s vývojovou dysfázií podílet se na programu v MŠ na druhu zadávaných pokynů. V případě jednoduchých, kolektivně orientovaných či z dané situace vyplývajících pokynů probíhá jejich plnění většinou samostatně, případně s pasivní pomocí, resp. nápodobou. Co se týče orientace Elišky v individuálních pokynech, schopnost jejich samostatné realizace se snižuje v závislosti na stoupajících nárocích na porozumění a krátkodobou paměť. Situace, kdy je pokyn určen pouze dané dívce, je pro ni obtížněji zvládnutelná, než když je zadán individuálně každému dítěti, a proto většinou vyžaduje pedagogickou podporu.

Výhody a nevýhody zařazení dítěte s vývojovou dysfázií do běžné třídy MŠ

Závěrečným cílem tohoto výzkumu bylo srovnání výhod a nevýhod inkluze aplikované na konkrétní případ Elišky. Jelikož tato dívka v rámci předškolního vzdělávání absolvovala obě dvě varianty, jde o analýzu výhod a nevýhod pobytu ve speciální třídě ve srovnání s inkluzí do běžné třídy.

Jak již bylo zmíněno v kapitole věnované školní anamnéze dívky, kvůli diagnóze vývojové dysfázie byla Eliška zařazena nejprve do speciální třídy při běžné MŠ (informace o průběhu vzdělávání v této třídě poskytla Eliščina bývalá třídní učitelka). Výhodou měl být menší kolektiv (maximálně 10 dětí, z důvodu častých nemocí v předškolním věku byl počet většinou kolem 6), speciálně-pedagogický individuální přístup pedagogů a sdílený asistent pedagoga. Kladně bylo dále hodnoceno nižší (či individuálně přizpůsobené) pracovní tempo, větší časová dotace na individuální práci s dětmi, a tedy rozsáhlejší podpora a rozvoj jejich deficitních oblastí ve vývoji. Naopak negativně měla působit nedostatečná motivace a stimulace ze strany vrstevníků. Rovněž rizikovým faktorem byly možné negativní vzorce chování z důvodu přítomnosti dětí s ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), s poruchami autistického spektra či s Downovým syndromem, u kterých dochází častěji k výkyvům nálad a občas k agresivnímu chování. Zároveň je při pobytu ve speciální třídě s rozmanitými diagnózami určitým způsobem omezena možnost sociální interakce (většinou iniciována pouze s podporou pedagoga) a ne příliš často dochází ke kolektivní hře. V případě Elišky nebyl pozorován významný pokrok v oblastech socializace a komunikace, a proto z tohoto důvodu a s cílem rozvoje jejího potenciálu byla od nového školního roku zařazena do běžné třídy.

Zpočátku vnímanými riziky byl pochopitelně nový kolektiv a pedagogické vedení, vyšší kapacita třídy a určitá změna denního režimu. V tomto ohledu sehrálo významnou roli mimoškolní přátelství Elišky s jednou z dívek v novém kolektivu. Obě dvě spolu ihned navázaly kontakt, což velmi usnadnilo sociální začlenění. Pozitivně působil na Elišku rovněž zbytek kolektivu, jelikož se jednalo až na pár výjimek o děti s intaktním vývojem. V tomto ohledu byla dívka motivována k lepším výkonům obecně a z hlediska komunikace i podporována správným mluvním vzorem jejich vrstevníků. Kromě těchto nezáměrně působících faktorů je vhodné zmínit i pozitivní vliv inkluze na

sebehodnocení a pocit „normálnosti“, tedy že má Eliška své místo v této sociální skupině, což mimo jiné podporuje i její zdravé sebevědomí. V oblasti sociální interakce se v kolektivu intaktních dětí nabízí širší možnosti trávení volného času v době pobytu v MŠ a častěji dochází ke kolektivní hře (než ve třídě speciální).

Z hlediska participace na organizovaných aktivitách v rámci denního režimu se jeví integrace u tohoto dítěte s těžší formou vývojové dysfázie spíše negativně. Při skupinových aktivitách, kdy je vyžadována spolupráce na nějakém úkolu, je tempo ostatních dětí rychlejší, což bez zásahu pedagoga a individuální podpory neumožňuje Eliščinu plnohodnotné zapojení do činnosti. V těchto případech pak Eliška místo záměrné snahy podílet se na aktivitě pouze přihlíží ostatním, aniž by kolikrát věděla, jak znělo zadání. Následně pak zůstává ochuzena o nové informace, které se ostatní děti na rozdíl od ní v mateřské škole naučí. U jiných individuálních organizovaných činností zůstává výhodou možnost orientace podle jednání druhých. S výhledem na školní věk však tyto možnosti ubývají a Eliška bude muset začít pracovat především samostatně. Otázkou zůstává, zda po zahájení školního roku na ZŠ logopedické dokáže pracovat bez asistence.

Shrnutí výsledků a doporučení pro praxi

Z pohledu rozvoje komunikačních a socializačních schopností byl přesun ze speciální třídy do běžné v případě Elišky nepopíratelně vhodným způsobem realizace posledního předškolního roku. Inkluze umožňuje na základě sociálního učení a nápodoby přirozeně rozvíjet diagnózou podmíněné deficitní oblasti. Naopak pro zapojení se do organizovaných kolektivních činností byla téměř bez výjimek nutná podpora ze strany pedagogického pracovníka. S ohledem na zmiňovanou závislost schopnosti pokyn realizovat na typu konkrétního pokynu, z výsledků výzkumu vyplývá, že byl proces inkluze úspěšný pouze částečně.

Pro rozhodnutí, zda dítě s vývojovou dysfázií zařadit do běžné či do speciální třídy, je důležitá komplexní znalost všech okolností konkrétního případu. Úspěšnost inkluze se dopředu dá zpravidla jen odhadovat. V případě předškolního vzdělávání lze o volbě mezi speciálním či běžným školstvím přemýšlet spíše jako o možnosti vyzkoušet

různé varianty pro snadnější výběr v budoucnosti. Již v prvních kapitolách je zdůrazňována individualita každého jedince, a tedy i každého diagnostického případu.

Konkrétně u Elišky se dá považovat rozhodnutí vyzkoušet variantu inkluze za správné. Ovšem je nutné mít na paměti, že přesun ze speciální třídy byl zvolen až v pokročilejším stádiu pobytu v mateřské škole. V tomto ohledu bylo bezpochyby dosaženo výrazných pokroků ve vývoji, který je celkově nerovnoměrně narušen. Zjevně možnost inkluze již při nástupu do mateřské školy nepřipadala v úvahu. Proto nelze ani obecně jasně stanovit, zda je inkluze pro děti s vývojovou dysfázií prospěšná či naopak. Její úspěšnost závisí nejen na typu a stupni vývojové dysfázie. Odvíjí se také od schopnosti rodičů, pedagogických pracovníků a dalších odborníků (z řad logopedie či školského poradenského zařízení) podpořit dítě se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytnout mu podmínky umožňující plnohodnotné uplatnění ve společnosti.

5 Závěr

Bakalářská práce se věnuje problematice vývojové dysfázie u dětí v předškolním věku. Téma bylo zpracováno z hlediska inkluzivního vzdělávání v běžné mateřské škole a pro výzkumnou část byla zvolena kazuistika. Cílem práce bylo propojit teoretická východiska s poznatky z praktického výzkumu. Výzkumné šetření studovalo případ konkrétní dívky s vývojovou dysfázií, která byla v posledním předškolním roce zařazena do kolektivu v běžné třídě mateřské školy. Jako metody sběru dat byly zvoleny následující: rozhovor, analýza lékařské dokumentace a přímé pozorování. Cílem výzkumu bylo na základě podkladů získaných z rozhovoru a z analýzy lékařských zpráv zjistit, jaká je u takového dítěte schopnost participace na řízených aktivitách v rámci kolektivu intaktních dětí, dále které symptomy se dají během pozorování identifikovat, a na závěr porovnat výhody a nevýhody inkluze v tomto konkrétním případě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byla detailně rozpracována problematika specificky narušeného vývoje řeči v rámci narušené komunikační schopnosti. V několika kapitolách byl popsán narušený vývoj řeči ve srovnání s intaktním vývojem řeči, dále etiologie a klinický obraz vývojové dysfázie a rovněž některé metody a postupy při procesu diagnostiky a terapie. Stručně byly uvedeny možnosti předškolního vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice.

V rámci výzkumné části bylo realizováno šetření prostřednictvím rozhovoru s matkou dívky s vývojovou dysfázií a pro doplnění komplexního profilu dívky sloužilo pozorování v prostředí mateřské školy. Během pozorování proběhla analýza symptomů vývojové dysfázie u dívky a pozornost byla věnována zejména záznamu pokynů pedagogických pracovníků. Pro vyhodnocení výsledků byla zaznamenána reakce dívky na pokyn, zda ho splnila samostatně, s pomocí (ze strany pedagoga či podle vzoru vrstevníků) či nesplnila vůbec. Z výsledků šetření vyplynulo, že dívka s velkými deficity v oblasti porozumění byla v podobné míře schopna plnit pokyny samostatně či s pomocí. V případech samostatného splnění se jednalo spíše o pokyny vyplývající z dané situace a o kolektivní pokyny. Stejně tak v případě splnění pokynů s pasivní pomocí, respektive podle vzoru reakce ostatních dětí, šlo ve většině případů o kolektivní pokyny, případně individuální variantu, kdy byl ovšem stejný pokyn zadán každému dítěti zvlášť (shodná,

nikoliv však skupinová práce). Naopak v situacích, kdy dívčina reakce byla vyhodnocena jako nesplnění pokynu, se jednalo o komplexnější pokyny či individuální určené konkrétně dané dívce. Vzhledem k charakteru programu v MŠ a k velké kapacitě běžné třídy nebylo zaznamenáno větší množství takových pokynů, které by pravděpodobně poskytly relevantnější výsledky.

Z uvedených výsledků byl v podobě srovnání výhod a nevýhod inkluze vyvozen závěr, že proces inkluze lze v tomto konkrétním případě hodnotit jako úspěšný pouze z hlediska rozvoje komunikace a sociální interakce. Ovšem nároky kladené na porozumění a samostatnost v oblasti budoucího vzdělávání a rovněž v úkonech každodenního života se budou zvyšovat. Z tohoto důvodu bylo rozhodnutí pro zápis na ZŠ logopedickou hodnoceno jako nejlepší možné.

Přínosem této práce je kromě rozšíření obzorů a zkušeností autorky také zjištění, že proces inkluze může být dalším krokem k rozvoji určitých oblastí osobnostního vývoje u dětí s vývojovou dysfázií. I přesto, že některé další oblasti vývoje nelze napravit pouze prostřednictvím inkluze a vyžadují zvýšenou pozornost a dlouhodobou terapii, je důležité, že začleňování dětí, které jsou určitým způsobem znevýhodněné, podporuje nejen je samotné, ale i jejich okolí.

Z hlediska předškolního i základního vzdělávání bylo zpracováno již mnoho prací zaměřených na vývojovou dysfázií. Bohužel však s věkem tato diagnóza neodeznívá, pouze jsou některé její projevy reedukovány či kompenzovány, a naopak některé obtíže (např. v oblasti porozumění) přetrvávají do dospělosti. Pro další výzkum by bylo přínosné zaměřit se na jedince s vývojovou dysfázií v dospělém věku, konkrétně například z hlediska výběru povolání.

6 Literatura

- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2010. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3080-6.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- MIKULAJOVÁ, Marína a Iris RAFAJDUSOVÁ. *Vývinová dysfázia: špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: M. Mikulajová, I. Rafajdusová, 1993. ISBN 80-900445-0-6.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky. 3. vyd.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)